BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.



PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR FÉLIX BRICHETEAU

Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, Vice-Président de la Société anatomique,
Secrétaire général de la Société médicale d'observation,
Membre de la Société d'hydrologie et de la Société d'anthropologie,
Rédacteur en chef.

TOME SOIXANTE-DIXIÈME.



PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL,
RUE THÉRÈSE, N° 5.

1866

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Revue sommaire des principaux travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale* pendant l'année 1865.

En présentant ici le sommaire des travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique* pendant l'année qui vient de s'écouler, nous ne pourrions, sans manquer à un devoir de douloureuse sympathie et de stricte justice, ne pas nous reporter un instant par la pensée à celui qui inaugura ces résumés annuels dans le journal que nous avons aujourd'hui l'honneur de diriger. Plein de foi dans la puissance de l'art, mais esprit essentiellement progressif, Debout a dépensé presque toute son intelligence et son ardeur au travail dans la direction du *Bulletin*. Mais il ne suffisait pas à son zèle pour le progrès réel de la science, que le journal qu'il dirigeait se remplît chaque année d'articles nombreux et aussi variés que les questions qui se posent chaque jour en face des incertitudes de la pratique : jaloux de diriger celle-ci, en la mesure où le *Bulletin général de Thérapeutique* pouvait agir sur elle, dans la voie la plus sûre, il conçut l'idée de ces résumés annuels, qui rappellent d'un trait discret ces principaux travaux, et en concentrent les conclusions pratiques dans une rapide et substantielle esquisse. C'est là, suivant nous, une conception aussi juste que féconde, qui sert tout à la fois la science et l'art, et assure à un journal l'influence légitime qu'il peut aspirer à exercer sur les applications de l'une et l'autre, et nous réserverons chaque année une place, dans le *Bulletin*, à la réalisation de cette judicieuse conception. Nous n'en dirons pas davantage sur ce point, et allons immédiatement, et dans le même esprit que les années précédentes, esquisser succinctement le

tableau des principaux travaux qu'a publiés le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale* pendant le cours de l'année qui vient de finir; nous ne toucherons qu'aux sommités de ces études, si nous pouvons ainsi dire; mais cela suffira pour faire revivre tout entier, dans l'esprit du lecteur attentif, le souvenir des travaux dont il n'a pas eu encore peut-être l'occasion d'appliquer les conclusions, mais dont l'occasion se présentera peut-être dès demain.

Sans jamais perdre de vue son but essentiel, qui est de marquer les progrès de l'art, et de travailler au progrès de la thérapeutique dans les maladies nettement définies dont se compose le cadre nosologique, le *Bulletin général de Thérapeutique* s'enquiert également des questions générales, dans lesquelles les questions particulières, qui se posent à propos de ces maladies, sont plus ou moins étroitement impliquées. C'est ainsi que ce journal a résumé, d'après M. le professeur Depaul, les longues discussions qu'a provoquées, pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler, la question de l'inoculation très-réelle, bien que rare, de la syphilis par la voie de la vaccination; c'est ainsi que, dans un travail plein d'intérêt dû à M. le professeur Béhier, il a fixé l'attention de ses lecteurs sur l'action thérapeutique des alcooliques dans certains cas de phlegmasies locales, qui tendent à s'éterniser, si, par un coup de fouet énergique, on ne tire pas l'organisme de l'état de dépression dans lequel il est tombé; c'est ainsi enfin, pour ne mentionner que les principaux travaux de cet ordre, que nous avons emprunté à M. Bouchut, une étude magistrale où il démontre, de la manière la plus victorieuse, qu'il y a dans l'organisme vivant un ensemble de forces immanentes, avec lesquelles la thérapeutique doit toujours compter, si elle veut atteindre le but qu'elle poursuit sans le dépasser; c'est de ces forces mêmes que dépend, suivant les expressions de l'auteur, « la loi de réparation aux prises avec la loi de destruction, toutes deux éternelles comme l'espèce où se produit la lutte. »

De ces travaux si divers résulte un ensemble d'enseignements dont la pratique de tous les jours est appelée à bénéficier, et quand de tels enseignements sont signés de pareils noms, le journal qui s'en est fait l'écho, peut le rappeler non sans quelque orgueil à ses nombreux lecteurs.

Nous plaçons encore, et sans hésiter, à côté de ces travaux, le travail de M. le professeur Béhier relatif au traitement des névralgies par l'injection sous l'épiderme des diverses substances médicamenteuses les plus propres à combattre efficacement le mode

anomal de la sensiblité locale, qui est le trait essentiel de ces maladies. En introduisant dans la thérapeutique médicale la méthode hypodermique, l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris a certainement étendu le champ de la thérapeutique; et il n'est pas douteux que cette méthode féconde ne soit appelée, dans un avenir peu éloigné, à agrandir encore le domaine de son action utile. Déjà, ainsi que nous nous sommes efforcé de le faire voir, il est à peu près acquis à la science que les sels solubles de morphine sont les agents qui jouissent de la plus grande efficacité pour combattre l'élément douleur, dans la névralgie, tant qu'elle conserve, suivant un mot très-juste de l'auteur, sa pureté nosologique; mais ce serait fermer la porte au progrès, que de ne pas rechercher au delà, ou à côté de cette substance, des modificateurs de la sensibilité morbide, que la méthode hypodermique peut également employer avec profit. Déjà on peut assurément poser en principe de sage thérapeutique que, si l'atropine est douée de propriétés toxiques énergiques qui doivent être attentivement surveillées quand on l'emploie dans un but d'apaisement de la douleur morbide, il est incontestable que, sagement appliquée, elle peut conduire à d'importants résultats : là où les sels de morphine échouent, on voit quelquefois réussir merveilleusement l'alcaloïde de la belladone ; c'est donc là un précieux succédané d'un des plus heureux modificateurs de l'organisme souffrant, et qui peut rencontrer d'opportunes applications. Quant aux recherches faites sur l'emploi hypodermique du sulfate de quinine, elles ont eu un retentissement dont nous sommes fiers pour leurs auteurs, MM. Pihan-Dufeillay et Dodeuil; nous n'y insistons pas.

Un travail excessivement intéressant, et qui, par les résultats très-nets auxquels il conduit, peut, sous divers rapports, être rapproché de ceux que nous venons de rappeler, est celui que nous devons à M. Fonssagrives, et qui a trait à l'influence remarquable du sulfate de quinine, à doses suffisamment élevées, sur la photophobie paroxystique de diverses ophthalmies, de l'ophthalmie phlycténulaire principalement. Nous ne craignons pas de signaler ce petit travail de l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Montpellier comme un de ceux qui méritent le mieux de fixer l'attention des praticiens. Au jugement de beaucoup, la photophobie est un résultat pur du *processus* phlegmasique : c'est l'inverse qui est très-souvent la vérité, et le sulfate de quinine, par son action sédative sur les nerfs vaso-moteurs, en même temps qu'il reprime le désordre local de la sensibilité, prépare la disparition graduelle des hyperé-

mies qui s'allument, et s'entretiennent à ce foyer morbide. Mais nous allons oublier que nous n'avions ici qu'à rappeler un travail dont les conclusions simples, substantielles et nettement formulées sont encore présentes à l'esprit de tous : poursuivons.

A côté de ces modificateurs puissants de la sensibilité, dont, dans ces derniers temps, s'est surtout occupée la méthode hypodermique, nous placerons le bromure de potassium et le curare, comme étant les principaux agents de cet ordre, dont le *Bulletin général de Thérapeutique* a poursuivi l'étude pendant le cours de l'année qui vient de finir. Déjà, en 1864, M. Gubler avait fortement fixé l'attention du public médical sur l'action remarquable développée par le bromure de potassium sur divers troubles de l'innervation ; cette étude a été poursuivie, et par ce sagace observateur, et par divers praticiens distingués, dans un cercle de maladies plus ou moins nettement définies, beaucoup plus étendu. Nous n'oserions dire que déjà, dans cette direction de recherches originales, on soit arrivé à des résultats qui défient le contrôle de l'avenir ; mais, si la fortune thérapeutique de ce bromure n'est point encore établie sur une base aussi solide, il est incontestable cependant que c'est là un de ces agents qui, une fois entrés dans le domaine des applications de l'art, ne peuvent plus en sortir ; si la chorée, l'épilepsie, l'hystérie, l'angine de poitrine, etc., résistent souvent à son action puissante, nul doute cependant que, dans un certain nombre de cas de ces maladies, on ne voie s'atténuer, et même parfois disparaître complétement ces accidents divers. Qu'on n'oublie jamais que, vis-à-vis de la thérapeutique, il y a bien plus des individus malades que des maladies ; les maladies sont réelles, comme entités nosographiques ; nier cela, c'est nier la médecine même comme science ; mais, dans l'état où est encore celle-ci, la thérapeutique doit s'enquérir essentiellement des conditions individuelles ; c'est de cette enquête que sortent les enseignements les plus féconds en indications utiles. Ce que nous disons là d'une manière générale, doit s'entendre surtout des maladies du système nerveux, dont l'ensemble des actes imprime à chacun des malades qui souffrent de ce côté un caractère si personnel. Voilà pourquoi, en matière de thérapeutique spéciale des névroses, il faut à la fois plus de circonspection dans l'affirmation et la négation des propriétés des agents modificateurs de l'économie, que dans les autres états morbides.

Le curare est encore un de ces singuliers agents dont la thérapeutique s'occupe avec une anxieuse curiosité, parce qu'elle prévoit qu'à un moment donné de l'évolution de la science, elle pourra y

trouver un moyen puissant de réprimer certaines manifestations morbides originales. M. Cl. Bernard a bien voulu consigner dans les colonnes du *Bulletin de Thérapeutique* quelques considérations relatives à ce mystérieux agent, que nous sommes fier de rappeler dans cette revue sommaire des travaux publiés en 1865 par le journal que nous avons l'honneur de diriger.

Un travail qui, de plain-pied, a introduit dans la pratique commune l'ingénieuse médication qu'il préconise, c'est le travail de M. Besnier relatif à l'association des médications irritante et stupéfiante locales, pour combattre certaines maladies circonscrites, et dont le caractère principal est la douleur. Dans la pensée de notre distingué confrère, avant d'employer sur un point douloureux les topiques stupéfiants, l'application préalable sur le même point d'un topique irritant en prépare heureusement l'action. Mais déjà, cette judicieuse conception n'est plus à l'état de simple vue abstraite; M. Besnier lui-même a recueilli un nombre important d'observations qui mettent en pleine lumière ce fait intéressant, et plus d'un observateur attentif, en voulant contrôler ces faits, est venu confirmer l'excellence de cette nouvelle et saine pratique.

Nous signalerons encore dans ce tableau rapide des contributions, comme disent nos voisins d'outre-Rhin, du *Bulletin général de Thérapeutique*, au progrès de la science et de l'art, les travaux de MM. le professeur Trousseau, Gubler et G. Sée. Dans sa savante leçon, le professeur de thérapeutique et de matière médicale de la Faculté de médecine de Paris s'est appliqué à bien caractériser une forme particulière de rhumatisme, le rhumatisme noueux. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu plus d'une fois occasion de rencontrer cette singulière forme morbide, et qui n'ait eu, par conséquent, à constater combien cette maladie se montre réfractaire aux médications en apparence les plus rationnelles. M. Trousseau, tout en rendant justice aux efforts de M. Guéneau de Mussy dans ce journal même, pour établir l'efficacité très-réelle des bains arsenicaux, interroge sa vaste expérience sur les moyens qui, avec celui-ci, peuvent être opposés efficacement au rhumatisme noueux, et montre, avec l'autorité qui s'attache à son enseignement, que là où la médication du savant médecin de l'Hôtel-Dieu échoue, il ne faut pas désespérer encore, en face de cette tenace affection; car l'expérience lui a appris que l'iode, que le sable chaud en douche ou en bain, appliqués d'une manière suffisamment persévérante, peuvent heureusement triompher du mal. Il suffit de rappeler les conclusions d'un enseignement si autorisé, pour qu'elles se gra-

vent en caractères ineffaçables dans la mémoire de tous les praticiens.

Le sujet qu'a traité M. Gubler, dans les colonnes du *Bulletin*, c'est la thérapeutique de l'albuminurie. Comme cette thérapeutique se rattache, dans la pensée du savant médecin de l'hôpital Beaujon, à une conception très-originale, et, nous le croyons, vraie, de cette maladie une et variée, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à ce travail. Nous ne ferons, à cet égard, qu'une remarque : c'est que si quelqu'un supposait que l'œuvre de l'analyse pathologique est achevée aujourd'hui, il lui suffirait de lire attentivement ce travail si remarquable, pour revenir immédiatement de cette illusion. La même remarque s'applique également au travail de M. G. Sée relatif à l'asthme : là aussi, avant de songer à appliquer une médication quelconque aux accidents qu'il s'agit de combattre, il y a à débrouiller par une fine analyse le point de départ de ces désordres. Notre très-distingué confrère, qui dans plusieurs travaux originaux antérieurs à celui-ci a donné la mesure de la sagacité de son esprit essentiellement chercheur, a consigné dans le travail que nous mentionnons en ce moment une foule de remarques utiles, qui doivent nécessairement éclairer la pratique commune, et la diriger plus sûrement dans le traitement d'une maladie, ou plutôt des maladies qui, sous l'appellation traditionnelle d'*asthme*, se présentent si fréquemment à l'observation. Vous dites, en présence des faits qui chaque jour s'amoncellent dans les archives de la science, que l'œuvre de l'analyse est finie? méditez les travaux comme ceux dont nous parlons en ce moment, et peut-être trouverez-vous comme nous que, loin d'être terminée, cette œuvre laborieuse ne fait en quelque sorte que commencer dans la biologie normale, comme dans la biologie pathologique.

Tels sont les principaux travaux de cet ordre dont se sont enrichis, pendant l'année qui vient de s'écouler, les soixante-huitième et soixante-neuvième volumes de la vaste collection thérapeutique, qu'humble, mais laborieux pionnier de la science, nous avons entrepris de diriger. Toutefois, ce tableau serait trop incomplet, si nous ne rappelions au moins à la mémoire de nos lecteurs les travaux non moins intéressants, à divers titres, que nous devons à MM. Desnos, Durand-Fardel, Béranger-Féraud, Pihan-Dufeillay, Mazade d'Anduze, Constantin Paul, Jousset de Bellesme, etc., et qui, s'ils visent surtout à reculer les bornes de la thérapeutique efficace, en substituant à des médications incertaines des médications plus sûres, ou bien en posant d'une manière plus vigoureuse

les bases sur lesquelles se fondent les indications dans le traitement des maladies, n'en servent certainement pas moins les intérêts de la pratique, et bien que plus indirectement ceux de la science, en lui marquant quelquefois la voie dans laquelle elle doit principalement diriger ses recherches.

Pendant qu'avec le concours de maîtres illustres et de confrères distingués non moins dévoués au progrès de la science et de l'art, nous nous appliquions à conserver au *Bulletin général de Thérapeutique* le caractère d'utilité pratique et de laborieuse enquête que lui avaient tout d'abord donné nos deux regrettés prédécesseurs, une épidémie terrible, le choléra, est venue pour la quatrième fois effrayer les populations. Fidèle au mandat que nous tenions de notre position même, nous nous sommes imposé le devoir de dresser d'une manière sommaire l'inventaire des méthodes diverses de traitement que les hommes les plus autorisés parmi nous ont cru devoir opposer à la terrible maladie. Le temps n'est point encore venu de rechercher quelles sont celles de ces méthodes qui se sont montrées les plus efficaces ; en divulguant ces méthodes, le journal a surtout pour but de préparer cette conclusion en lui donnant les bases les plus sûres, celle de l'expérience de tous. Espérons que quelque enseignement utile sortira de cette nouvelle épreuve ; ce nous serait tout ensemble un devoir et un véritable bonheur d'avoir à annoncer cette bonne nouvelle aux lecteurs du *Bulletin.*

L'intérêt qu'excitent naturellement les grandes et belles questions que nous venons de rappeler, et qui ont été traitées dans ce journal pendant l'année qui vient d'expirer, nous a entraîné au delà des bornes dans lesquelles nous voulions circonscrire cette esquisse des travaux médicaux du *Bulletin général de Thérapeutique* pendant ce court espace de temps ; nous nous contenterons par conséquent d'indiquer d'un trait plus rapide encore les travaux de l'ordre chirurgical que le *Bulletin* a enregistrés dans ses colonnes pendant le cours de l'année 1865.

Aucun de nos lecteurs n'a oublié assurément les articles substantiels que, depuis plusieurs années déjà, un des maîtres de la chirurgie contemporaine, M. Guersant, a consacrés dans ce journal à la chirurgie infantile. L'ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants malades a poursuivi, cette année, avec non moins de succès que les années précédentes, dans le *Bulletin général de Thérapeutique,* le cours de son pratique et fécond enseignement. Les principales questions traitées, avec l'autorité de son nom respecté, par l'éminent chirurgien, sont relatives à la cataracte infantile, à la

leucorrhée chez les petites filles, à la carie vertébrale, aux corps étrangers dans le larynx chez les enfants, etc. Sans doute, en chirurgie comme en médecine, plus même encore en chirurgie qu'en médecine, les choses en général ne diffèrent, dans l'enfance, de ce qu'elles sont aux autres âges de la vie, que par de délicates nuances; mais ces nuances ont souvent, et dans le diagnostic des maladies, et dans la thérapeutique qui les combat, une telle importance, qu'elles ne peuvent être bien saisies et comprises dans toute leur portée pratique que dans un enseignement spécial. Nul plus que M. Guersant n'était préparé par ses études et sa longue pratique civile et nosocomiale à développer cet enseignoment : aussi n'hésitons-nous pas à placer, parmi les meilleurs et les plus utiles travaux du *Bulletin*, les notices substantielles, pour répéter l'expression modeste de l'auteur, que M. Guersant a consacrées dans ce journal à cette partie si intéressante de la chirurgie. Nous espérons bien que notre éminent confrère ne s'arrêtera dans cette direction, que quand il aura parcouru tout le cercle de son sujet de prédilection, et que nos lecteurs auront ainsi sous la main un traité complet de cette chirurgie spéciale.

La Société impériale de chirurgie a, dans ces derniers temps, consacré de longues séances à l'élucidation d'une question pratique des plus intéressantes, la question de la coxalgie : un de nos jeunes chirurgiens les plus distingués, M. Tillaux, a bien voulu résumer dans le *Bulletin* cette discussion, en l'éclairant des données de ses propres et sagaces observations. Les lecteurs de ce journal n'ont certainement pas oublié cette lumineuse exposition, et s'en souviendront, nous en sommes sûr, en face des faits qui, chaque jour, peuvent la leur rappeler. Les considérations présentées par le même auteur sur l'anthrax ne méritent pas moins de fixer l'attention des praticiens soucieux de se tenir toujours à la hauteur de la science et de l'art. Il en est de même des travaux de M. Gallard sur l'application topique de la teinture d'iode dans le traitement des ulcères fongueux du col utérin ; de M. Civiale sur les fistules urinaires ; de M. Cosmao-Dumenez sur l'emploi du permanganate de potasse dans le traitement des plaies de mauvaise nature, et sur les questions variées qui se posent à propos de ces maladies : il sort de ces travaux divers un enseignement lumineux qui marque le progrès lent, mais réel de la pratique chirurgicale, et nous sommes heureux que le *Bulletin général de Thérapeutique* ait servi d'organe à cet utile enseignement.

Si nous ajoutons à ce résumé rapide des principaux travaux pu-

bliés par le *Bulletin* pendant le cours de l'année qui vient de finir, que nous sommes resté et resterons fidèle à l'économie du journal; que nous avons continué et continuerons d'accorder à la bibliographie, comme à la revue des journaux et des sociétés savantes, la place que l'une et l'autre doivent légitimement occuper dans un recueil qui prétend satisfaire, dans la mesure de ses forces, à toutes les exigences de la science et de l'art, nous aurons ainsi marqué le but essentiel que se propose le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, qui est d'éclairer la science et de servir l'art ; ce sera l'honneur de notre vie scientifique de nous efforcer de l'atteindre, avec le concours dévoué de nos zélés collaborateurs.

Des indications des alcooliques à hautes doses dans les maladies aiguës, et, en particulier, dans la pneumonie.

Par M. le docteur E. Trastour, professeur adjoint de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

> Le praticien qui n'a pas su vaincre la terreur que lui inspire la médication stimulante, terreur qu'un enseignement erroné lui a inculquée de longue date, est incapable de traiter une maladie générale ou même une inflammation locale secondaire.
>
> W. Stokes (*Traité des maladies du cœur* p. 91, traduit par le docteur Sénac).

En cherchant à propager en France et en appuyant de son autorité les idées de Robert Bentley Todd sur les avantages de l'alcool et de ses dérivés, dans les phlegmasies et dans les maladies fébriles, M. le docteur Béhier a rendu à la science et à la médecine pratique un nouveau service [1].

Cependant, à en juger par le petit nombre de faits publiés par d'autres observateurs, à l'appui de la nouvelle médication, il ne semble pas qu'elle ait été accueillie parmi nous avec beaucoup de sympathie et de faveur.

A la vérité, n'est-il pas surprenant, tant pour le plus grand nombre de nos confrères que pour le plus grand nombre des malades, que l'on propose sérieusement l'alcool dans les phlegmasies et les fièvres, pour remplacer ou pour aider les remèdes *dits antiphlogistiques ?*

Si M. Béhier eût répété, sans restriction, avec Todd, que : l'*al-*

---

[1] Béhier, *Bull. Thérap.*, février 1865, art. Alcool, Dict. Raige, Delorme et Dechambre.

cool est le remède capital dans les maladies aiguës, on l'eût, avec raison, accusé d'un énorme paradoxe. Mais, après avoir exposé la doctrine du médecin anglais, laquelle peut être résumée en ces deux propositions :

1° Il n'y a pas de maladie aiguë dans laquelle la tendance à la dépression des forces vitales fasse défaut ; 2° la maladie guérit par une évolution naturelle, et les remèdes ne sont utiles qu'autant qu'ils peuvent exciter ou seconder cette évolution curative ; le professeur Béhier proclame qu'il n'adopte point systématiquement la médication alcoolique dans les maladies aiguës, qu'il a seulement constaté son innocuité, ses avantages pour soutenir les forces, calmer le délire et modérer la fièvre ; enfin, qu'un certain nombre de faits heureux l'ont l'engagé à recommander l'expérimentation de cette méthode.

Proposée avec cette réserve, la médication alcoolique me paraît devoir répondre à des indications spéciales dans les maladies aiguës. J'ai déjà trouvé un certain nombre de fois l'occasion de la prescrire, et je dois dire immédiatement qu'elle m'a donné des résultats remarquables. Aussi, m'a-t-il semblé utile de publier ces faits, d'autant plus que j'espère expliquer d'une manière plausible le mode d'action des alcooliques dans les phlegmasies, et, en particulier, dans les pneumonies. En outre, j'ai à indiquer certains de leurs effets qui pourraient donner lieu à des erreurs ou à des inconvénients graves.

Quel secours peut-on attendre de l'alcool, et quelle est la source de ses indications dans les maladies aiguës?

« *Il faut*, dit Todd, pour accomplir les actes organiques qu'entraîne une inflammation, celle du poumon, par exemple, *il faut une dépense considérable de force nerveuse et de sang*. C'est pourquoi on doit fournir à l'économie un genre de nourriture qui soit à la fois d'une assimilation facile, qui soit capable de soutenir la force nerveuse, et de maintenir la chaleur animale. Or, l'alcool réunit ces conditions. »

Laissons de côté les discussions auxquelles l'alcool, introduit dans l'économie animale, a donné lieu, dans ces derniers temps, au point de vue physiologique.

Est-ce un aliment, un médicament ou un poison ? Est-il brûlé et décomposé dans le sang, comme on l'a cru longtemps sur la foi des expériences de Liebig, de Bouchardat et Sandras, etc. ? Ou bien est-il éliminé entièrement, sans subir d'altération, comme sembleraient l'indiquer les expériences de MM. Lallemand, Perrin et Du-

roy qui l'ont retrouvé intact dans les organes et dans les sécrétions, plusieurs heures après son injection ? Je renvoie, pour la solution de ces questions aux deux articles consacrés à l'*alcool*, dans les nouveaux dictionnaires en voie de publication, l'un dû au docteur Fournier, l'autre au docteur Perrin, qui exposent parfaitement l'état de la question.

Au point de vue clinique, que nous allons seul envisager, il nous suffit de rappeler les propriétés les plus remarquables de l'alcool comme agent médicamenteux : son absorption rapide et complète ; sa diffusion instantanée ; son séjour prolongé, peut-être sans altération, dans le sang et dans toutes les parties de l'économie ; l'excitation du système nerveux qu'il produit à petites doses ; la sédation et la stupeur qu'entraînent les doses plus fortes.

Comme plusieurs de nos plus précieux médicaments, le quinquina, la digitale, par exemple, l'alcool réunit donc, ainsi que l'indiquait récemment M. Pidoux, deux propriétés, en apparence contraires : *il excite et il calme ;* c'est un toni-sédatif.

Je ne dirai rien de ses propriétés stimulantes : elles sont assez connues. Mais il n'est peut-être pas inutile d'insister sur ses propriétés sédatives.

Il y a longtemps que j'ai acquis la preuve de l'utilité incontestable des alcooliques, dans diverses affections spasmodiques. Je citerai, en particulier, les vertiges nerveux, les accès gastralgiques, les palpitations nerveuses du cœur. Dans ce dernier cas, l'emploi des liqueurs, du rhum ou de l'eau-de-vie semble bien irrationnel ; et cependant je connais plusieurs malades chez lesquels ces agents sont habituellement utiles, et arrêtent les mouvements désordonnés du cœur.

Dans les maladies aiguës, les vins généreux ont toujours été prescrits, mais *passagèrement et à petites doses*, pour soutenir les forces défaillantes des malades. Mais, malgré les faits anciens et tout à fait exceptionnels, rappelés par M. Béhier, on n'avait point songé à employer *largement* et *méthodiquement* les alcooliques dans les phlegmasies et les fièvres.

Dans la fièvre typhoïde seulement, un assez grand nombre des praticiens modernes les plus éminents (Graves, Stokes, Trousseau, Béhier, Monneret, Bricheteau) étaient tombés d'accord pour l'administration du vin, malgré le délire et les autres symptômes ataxo-adynamiques, quelquefois même en vue de ces symptômes.

Moi-même, je me suis fait toujours une loi de suivre cette pra-

tique, et j'ai souvent réussi à calmer le délire, vers la fin de la fièvre typhoïde, à l'aide de l'alimentation et du vin.

Aussi, que l'alcool soit ou non un aliment, me semble-t-il juste d'admettre, avec tout le monde, qu'il soutient et répare momentanément les forces, et qu'il permet de supporter la diète. Peu importe qu'il ait cette propriété parce qu'il empêche la *dénutrition* d'aller aussi vite (Bocker), parce qu'il diminue la quantité d'acide carbonique exhalé, en retardant la combustion organique (Perrin) : le fait est acquis.

Voilà donc une indication, importante et bien précise, du vin et des alcooliques, au point de vue des maladies aiguës de longue durée, qui entraînent une grande déperdition des forces.

Seulement l'état du tube digestif, dans la fièvre typhoïde, me semble commander l'emploi du vin, de préférence à l'alcool lui-même. Dans cinq cas de fièvre typhoïde, M. Béhier n'a obtenu aucun bon effet de l'alcool.

Mais, comment expliquer et justifier l'emploi de la médication alcoolique dans les phlegmasies franches ?

Il y a des médecins qui ne veulent pas qu'on cherche à approfondir le mode d'action des médicaments. Ils proscrivent le raisonnement et s'enfoncent dans l'empirisme, tant ils ont peur des hypothèses. Ils ne veulent savoir qu'une chose : *Si tel remède guérit ou ne guérit pas telle maladie.* Malheureusement la maladie la mieux définie présente souvent des indications tout à fait différentes, suivant les conditions particulières des malades, et il faut bien raisonner pour savoir *dans quels cas* de cette maladie, le remède qu'on a eu en vue pourra être prescrit ou devra être rejeté.

J'avoue que, sous ce rapport, les travaux des praticiens anglais et même celui de M. le professeur Béhier laissent un peu à désirer. Ce n'est pas assez, à mon avis, de citer des faits heureux : je voudrais qu'on précisât, avant tout, les indications spéciales des médications qu'on expérimente.

J'avoue encore que je n'ai jamais compris qu'on pût admettre l'expérimentation thérapeutique comme elle a été pratiquée par plusieurs des partisans de la statistique. J'ai déjà eu l'occasion de m'expliquer à cet égard (1). Il est, à mon sens, aussi déraisonnable que barbare de soumettre, par parti pris, à la même médication, tous les cas d'une maladie qui se présentent dans un temps donné.

---

(1) Trastour, *Journ. de la sect. de méd. de la Soc. acad. de la Loire-Infér.*, 1862, p. 33.

Ceci posé, examinons les circonstances qui peuvent autoriser ou commander l'emploi des alcooliques, à hautes doses, dans les phlegmasies. Sur 48 malades soumis en deux ans par M. Béhier, à la médication alcoolique, il y avait : A. 34 pneumonies; quelques-unes très-graves, chez des vieillards, avec des accidents ataxo-adynamiques; 27 ont guéri. B. 4 érysipèles de la face; trois fois le délire a été calmé. C. 4 rhumatismes articulaires aigus; il y eut amendement des douleurs, du délire, de la fièvre, dans plusieurs cas. D. enfin un abcès puerpéral utéro-rectal; la guérison fut complète et inespérée.

L'idée fondamentale de Todd étant, comme nous l'avons dit, de soutenir les forces de l'économie dans les maladies aiguës, *il faut, pour que l'indication des alcooliques surgisse, qu'il y ait une débilitation réelle de l'économie.* Or, quoique certaine, la dépression des forces n'est pas toujours évidente pour tout le monde. La violence de la fièvre, le délire, l'agitation, l'insomnie, les spasmes, les désordres sensoriaux et musculaires qui compliquent si souvent les phlegmasies viscérales d'une haute gravité, sont mis le plus souvent sur le compte d'une réaction inflammatoire excessive. Comment faire admettre à beaucoup de praticiens que ces accidents ataxiques, non moins que les phénomènes adynamiques les plus clairs, sont des indices de l'affaiblissement des sujets, et réclament plutôt les excitants et les toniques que les antiphlogistiques?

C'est pourtant ce que les faits cités par Todd et par nos autres confrères d'outre-Manche, et chez nous en dernier lieu, par M. Béhier, tendent à démontrer.

C'est en cela que consiste le principal mérite de ces travaux, puisqu'ils ouvrent à la thérapeutique des maladies aiguës une voie que l'on peut dire nouvelle. En effet, au lieu de n'avoir en vue que l'inflammation et la réaction qu'elle entraîne, il faut souvent, d'après les auteurs que je viens de citer, se préoccuper, avant tout, d'élever ou de maintenir l'économie au niveau de la tâche qu'elle a à remplir.

Cette idée, appuyée désormais sur des succès incontestables, peut, je crois, acquérir encore plus de force, et se faire accepter plus facilement et plus promptement par la généralité des médecins, si l'on veut bien faire, entre les faits cliniques que je viens de rappeler et des découvertes physiologiqnes récentes, un rapprochement qui me semble aussi juste que raisonnable.

On connaît les expériences si intéressantes et si fécondes de M. Cl. Bernard sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire. Pour l'illustre physiologiste, ce système est le frein de la circulation

capillaire ; il n'empêche pas d'une manière absolue l'arrivée du sang dans les vaisseaux capillaires, mais il en règle, il en modère le cours pour que la nutrition ait le temps de s'accomplir.

Après la section d'un filet du grand sympathique, il y a accélération de la circulation dans la partie animée par ce nerf, rougeur, chaleur, etc. Si, au contraire, on galvanise le même nerf, on rétablit momentanément l'état normal de la circulation, et les signes de congestion disparaissent.

Bien plus, M. Cl. Bernard a pu obtenir, à volonté, par la section des rameaux viscéraux du grand sympathique, la péricardite, la néphrite, l'entérite, la péritonite, avec production de pus et de fausses membranes.

Après ces expériences physiologiques d'une si haute portée, sont venues les curieuses recherches du docteur Marey sur la circulation, par lesquelles cet auteur se croit en droit de réformer complétement les idées universellement reçues sur un des points les plus élémentaires de la pathologie, sur la *fièvre*. D'après lui, les capillaires sont non-seulement les régulateurs de la circulation locale, mais encore souvent les régulateurs du cœur lui-même, sur lequel ils agissent aussi comme un frein, en s'opposant plus ou moins au passage du sang ; la tension artérielle dépend non moins de la résistance des capillaires que de l'impulsion cardiaque ; par suite, la fièvre, loin d'être un symptôme d'hypersthénie, de suractivité, est, en réalité, *l'effet d'une véritable faiblesse*. Les capillaires opposent moins de résistance au cours du sang : de là l'accélération imprimée à la circulation par le cœur.

Une preuve que l'impulsion cardiaque, malgré les apparences, est plutôt diminuée qu'augmentée dans la fièvre, c'est que les chevaux qui ont la fièvre ont une tension artérielle plus faible qu'à l'état normal. De même, chez l'homme, la forme du pouls, recueillie par le sphygmographe, pendant la fièvre, semble indiquer une pression très-faible dans les vaisseaux, comme après l'exercice musculaire (Marey)[1].

La physiologie expérimentale vient donc prêter ainsi un appui inattendu à la doctrine et à la pratique de Todd, en posant, à son tour, l'indication des excitants et des toniques, au lieu des débilitants ou des contro-stimulants, dans les maladies aiguës. — La médication alcoolique n'est donc pas si irrationnelle qu'on pouvait le supposer.

---

(1) Marey, *Physiol. méd. de la circ. du sang*, p. 369.

Néanmoins il ne faut pas se hâter de conclure, et il faut se garder de prendre l'exception pour la règle.

Ces études de physiologie pathologique sont à peine ébauchées ; avant de changer d'idées et de manière d'agir, au moins quant aux phlegmasies franches, nous sommes en droit d'exiger des recherches nouvelles et plus complètes. Déjà, dans les fièvres éruptives, M. Marey lui-même a trouvé, contre son attente, que le pouls, fréquent et fort, s'accompagne des signes d'une haute tension artérielle. « Il y a donc alors, dit-il, en même temps qu'une dilatation des capillaires, *une excitation directe du cœur*. »

Cette excitation du cœur ne peut-elle pas exister également dans beaucoup de phlegmasies viscérales ?

On ne saurait donc trop louer la prudence de M. Cl. Bernard, combattant, comme le grand J. Hunter, des théories trop hâtives basées sur ses propres expériences, pour expliquer, par exemple, *la congestion par la paralysie des vaisseaux*. C'est à peine, ajoute M. Marey, si notre savant physiologiste se laisse entraîner aujourd'hui par le courant d'idées qu'il a provoqué (p. 396).

Quoi qu'il en soit, nous devons tenir grand compte des recherches physiologiques récentes par rapport à l'influence du système nerveux ganglionnaire sur la circulation capillaire; les phlegmasies artificiellement produites par M. Cl. Bernard, en suspendant l'action du grand sympathique, doivent surtout fixer notre attention.

Maintenant, pour en revenir à l'alcool, il serait intéressant de savoir, si, outre son action *excitante* d'abord, puis *sédative*, sur l'ensemble du système nerveux, il n'aurait point une action spéciale et toute particulière sur les nerfs ganglionnaires.

Le Dr de Barrel de Pontevès, qui a suivi MM. Cl. Bernard et Marey, a admis, dans sa thèse, que l'alcool *déprime le grand sympathique*[1].

Il est certain que l'accélération de la circulation, l'augmentation de la chaleur et de la coloration des téguments, toutes les apparences d'une légère fièvre, artificielle et passagère, qui suivent l'ingestion des alcooliques à doses modérées; les signes de congestion et d'asphyxie, notés après les doses plus fortes, par exemple, chez les individus morts en état d'ivresse (Bouchardat), il est certain, dis-je, que tous ces phénomènes physiologiques de l'alcool semblent indiquer une diminution d'action du grand sym-

---

(1) De Barrel de Pontevès, *Des nerfs vaso-moteurs et de la circulation capillaire.*

pathique, d'après les nouvelles recherches des physiologistes.

S'il en est ainsi, il est facile de comprendre l'action salutaire que peuvent avoir parfois les alcooliques pour la résolution des phlegmasies viscérales, des pneumonies, en particulier.

Si la section des filets viscéraux du grand sympathique peut donner lieu à la péricardite, à la néphrite, à l'entérite, à la péritonite avec production de pus et de fausses membranes (Cl. Bernard); si l'alcool, à hautes doses, peut aussi plus ou moins annihiler l'action des nerfs ganglionnaires, et produire également une congestion, une inflammation consécutives; on doit se demander, si, indépendamment du secours, non douteux, qu'il apporte à l'économie défaillante, il n'a pas une *action substitutive* sur les phlegmasies, dont il aide la résolution.

Or, *cette action substitutive* peut s'exercer, dans la pneumonie, de deux manières : soit par la dépression des nerfs ganglionnaires du poumon, soit par l'influence irritante que l'alcool peut avoir sur le parenchyme pulmonaire lui-même. Il faut de nouvelles recherches pour nous fixer sur le premier de ces effets; quant au second, ce n'est point une simple supposition, c'est un fait bien constaté. En injectant de l'alcool dans l'estomac des lapins, M. Cl. Bernard a toujours trouvé les poumons gorgés de sang[1]. De plus, les pneumonies, à la suite des fortes libations d'alcool en nature, ne sont pas très-rares.

Je me souviens d'en avoir vu un exemple remarquable dans le service du professeur Cruveilhier, à la Charité, en 1849; le malade, qui avait avalé un litre d'eau-de-vie, présentait une double pneumonie. Dans ce cas, M. Cruveilhier, comme M. Bernard dans ses expériences, admettait que la phlegmasie pulmonaire était le résultat de l'élimination de l'alcool par les poumons.

En rapprochant, comme j'ai dû le faire, ces effets connus de l'alcool, et les résultats heureux, obtenus, avec cet agent, dans les phlegmasies pulmonaires, l'idée de la *substitution thérapeutique* se présente donc naturellement à l'esprit; et si j'émets cette opinion, ce n'est pas seulement pour l'explication théorique des faits observés, mais pour indiquer aussi certaines conséquences possibles de la médication alcoolique, sur lesquelles il est bon d'être averti.

Schelhammer, cité par M. Béhier, raconte qu'en 1690, les paysans d'un bourg, voisin de sa demeure, se guérissaient d'une pneumonie qui régnait épidémiquement, en buvant de l'eau-de-vie. Il remarqua

(1) Cl. Bernard, *Leçons du Collége de France*, 1859, t. II, p. 466.

seulement que la maladie avait, chez eux, une durée plus longue que chez ceux qui étaient traités par les autres moyens médicaux.

Eh bien! dans deux des faits que je citerai tout-à-l'heure, j'ai remarqué, de mon côté, que les malades, quoique hors de danger, en convalescence, sans fièvre, toussant peu, ne crachant pas ou ne rejetant que des crachats de catarrhe, présentaient cependant, pendant très-longtemps, les signes physiques de l'hépatisation pulmonaire; si bien que, dans le premier de ces cas, j'ai craint la pneumonie chronique (obs. IIIe). Dans le 2e (obs. VIe), le souffle bronchique avait disparu complétement, pour faire place à du râle crépitant de retour; l'état général de la malade m'ayant conduit à persévérer dans l'emploi des alcooliques, le souffle tubaire reparut, et persista avec du râle crépitant, de la bronchophonie et de la matité, vers l'épine de l'omoplate, pendant plus de dix jours après le commencement de la convalescence, *comme si une pneumonie alcoolique avait remplacé la première pneumonie*. Ce fait est donc bien important à noter.

L'action de l'alcool dans les autres phlegmasies pourra sans doute être expliquée à peu près de la même manière. Quant à son influence salutaire sur le délire et les autres accidents ataxo-adynamiques, on peut l'attribuer soit à une modification du sang, soit à une combinaison avec la substance cérébrale, ou bien encore à une action sur les nerfs vaso-moteurs du cerveau, peut-être à toutes ces choses à la fois ([1]).

D'une part, en effet, nous savons que le délire et les phénomènes ataxiques peuvent résulter d'états très-différents du sang et de la circulation capillaire des centres nerveux, si bien que, dans l'ivresse, la substance nerveuse renferme plus d'alcool que le sang lui-même (Perrin). Par conséquent, les effets de la médication alcoolique, dans ces circonstances, sont loin d'être aussi surprenants et aussi inexplicables qu'on pouvait jadis le croire. J'arrive maintenant aux faits que j'ai observés et qui me font, à mon tour, recommander la médication alcoolique dans les maladies aiguës, non comme une panacée, mais comme une ressource précieuse quand on sait l'utiliser. (*La fin au prochain numéro.*)

([1]) Dans l'opinion émise par le docteur F. Bricheteau, l'alcool agirait comme modificateur général du système nerveux; produisant une stimulation générale, il soutient les forces et diminue l'épuisement de l'organisme pendant que la maladie accomplit son évolution naturelle (Voir *De l'emploi du vin à haute dose dans le traitement de la forme infectieuse de la diphthérite*, par le docteur F. Bricheteau). (*Bull. de Thérapeut.*, t. LXVII.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des céphalæmatomes chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Certains enfants viennent au monde avec des tumeurs sanguines, qu'on a distinguées avec raison des tumeurs érectiles qui siégent dans l'épaisseur du cuir chevelu et dans le tissu cellulaire sous-cutané, et des ecchymoses séro-sanguines qui siégent aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané du cuir chevelu; mais il y a un genre de tumeur, connu sous le nom de *céphalæmatome* (tumeur sanguine de la tête), qui dépend d'un épanchement de sang entre le péricrâne et le crâne même. On a vu quelquefois, mais rarement, l'épanchement se faire entre la dure-mère et les os du crâne, ce qui fait qu'on peut admettre un céphalæmatome externe et un interne.

Le céphalæmatome externe, c'est le seul que nous ayons vu, est une maladie qui n'est pas très-commune, car les accoucheurs les plus occupés n'en voient que de loin en loin : Michaelis, Schmaltz, disent qu'elles sont rares; M. Dubois dit en avoir observé six cas. On nous en a présenté trois ou quatre, à l'hôpital ou en ville.

Ces tumeurs se rencontrent sur différents points du crâne; quelques auteurs disent qu'on les voit principalement sur les deux pariétaux, et assez souvent sur un seul.

La *cause* de cette maladie est obscure; elle peut être déterminée par une cause matérielle, telle qu'une pression sur la tête au moment de l'accouchement. On a dit aussi qu'elle pouvait dépendre d'une anomalie d'organisation.

Nægele, qui a donné le nom de *céphalæmatome* à cette maladie, prétend qu'elle préexiste à la naissance.

Quoi qu'il en soit, il est bien important d'indiquer les caractères de ces tumeurs.

Symptômes anatomiques. — On les rencontre entre l'os et le péricrâne : le sang qui les constitue est moitié fluide, moitié solide; quelquefois, l'os est un peu érodé à sa surface.

En général, le céphalæmatome se présente, sous forme d'une tumeur incolore, indolore, circonscrite, fluctuante et résistante; au bout de quelques jours elle est surtout apparente du premier au quatrième ou cinquième jour après la naissance; quelques-unes existent au moment de la naissance; ces tumeurs siégent sur les

pariétaux, de préférence sur le droit, sur l'occiput ou sur la région temporale. Nægele a vu une de ces tumeurs sur les deux pariétaux d'un même sujet.

Au commencement, cette tumeur est molle au toucher; on peut déprimer le sommet avec le doigt, et on touche l'os sur lequel elle repose.

Il existe souvent un cercle dur ou espèce d'anneau à la circonférence de la tumeur, ce qui peut faire croire à la destruction de la lame externe de l'os.

Quelquefois, mais rarement, on a constaté un mouvement pulsatif; mais il manque dans le plus grand nombre des cas.

Diagnostic.—Il faut éviter de confondre le céphalæmatome avec d'autres tumeurs : ainsi, l'encéphalocèle. Le céphalæmatome, se développe sur les os, tandis que l'encéphalocèle se rencontre aux sutures; c'est la substance du cerveau ou du cervelet qui forme l'encéphalocèle. La tumeur offre des battements analogues à ceux du cerveau, elle peut se réduire; le mouvement pulsatif, qui est très-rare dans le céphalæmatome et à peine appréciable, est tout différent de ce battement régulier toujours appréciable, dans l'encéphalocèle. On ne peut confondre le céphalæmatome avec le pneumatocèle du crâne, décrit tout récemment par le docteur Thomas, de Tours. C'est une tumeur gazeuse élastique.

Les tumeurs érectiles pourraient être confondues avec le céphalæmatome; mais les tumeurs érectiles changent de couleur par la pression; il y a des mouvements d'expansion, il y a des vaisseaux plus ou moins marqués à leur surface.

Les loupes se distinguent par leur couleur et leur mobilité en tous sens; la tumeur œdémateuse, produite par une infiltration séro-sanguine, se distingue très-bien du céphalæmatome.

Le céphalæmatome, abandonné à lui-même, est une maladie peu grave; elle se termine, en général, par résolution, mais est plus longtemps à disparaître qu'une simple infiltration superficielle sous le cuir chevelu. Lorsque les malades succombent à une autre maladie, et qu'on a occasion de disséquer ces tumeurs, on trouve les mêmes altérations que dans les bosses sanguines; mais le siége est d'ordinaire sous l'aponévrose, ou sur le péricrâne : alors on trouve quelquefois la surface de l'os rugueuse. Un bord osseux, saillant, se remarque autour du point malade, c'est ce rebord qui est sensible sous les doigts pendant la vie : ces tumeurs sont pâteuses et formées de sang concrété.

Traitement. — D'abord de simples révulsifs, eau blanche, eau et eau-de-vie camphrée. En général, au bout de quelques jours, on

voit la tumeur disparaître ; s'il n'en est pas ainsi, on obtient un très-bon résultat d'une ponction avec la lancette. Quelquefois le sang s'écoule, et la tumeur peut s'affaisser sans revenir ; si elle reparaît, ce qui arrive quelquefois, on recommence la ponction une et même deux fois, et toujours il s'écoule plus ou moins de sang. Une légère compression suffit ordinairement, après les ponctions, pour voir la fin de cette affection.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Le Jurubeba, nouvelle substance médicinale.

Par M. Stanislas Martin.

Les végétaux classés dans la famille des solanées ne se rencontrent que très-rarement au delà du cinquante-deuxième degré de latitude nord, tandis que leurs variétés sont si nombreuses au Brésil qu'on pourrrait croire que c'est leur patrie; en effet, ils y croissent à l'état herbacé sous formes d'arbustes et d'arbrisseaux assez élevés, quelques uns sont munis d'aiguillons sur plusieurs de leurs parties.

Les solanées fournissent à la thérapeutique des plantes médicinales ; presque toutes ont une action plus ou moins énergique, beaucoup sont de violents poisons ; généralement leur principe actif réside dans les feuilles, dans les fruits et dans l'écorce de la tige ou des racines.

Un naturaliste de Fernambuco a expérimenté le *solanum paniculatum* appelé au Brésil *jurubeba*. Il lui a reconnu des propriétés si merveilleuses, qu'il pense que ce serait un bienfait d'en introduire l'usage dans la thérapeutique française; et déjà, à Fernambuco, on prépare avec cette substance un emplâtre, une poudre, un sirop, un vin, une teinture, un extrait aqueux, un extrait alcoolique, un électuaire, une huile, qu'on emploie toutes les fois qu'on a à combattre les fièvres intermittentes, les affections du foie, de la rate, les catarrhes de la vessie, l'anémie, la chlorose, l'hydropisie et la menstruation difficile ; enfin, d'après les nombreux certificats qu'on nous a communiqués, cette substance sera le tonique et le désobstruant le plus énergique que possédera la matière médicale ; le naturaliste qui a découvert ce nouveau médicament serait heureux de le voir expérimenter dans les hôpitaux de Paris. En attendant, nous nous chargeons de faire connaître les caractères physiques de cette panacée.

Le jurubeba sera offert au commerce à l'état de feuilles, de fruits et de racines. Les racines ont des longueurs qui varient de 10 à 50 centimètres, les plus grosses n'atteignent pas 12 centimètres de circonférence; elles sont hérisées de radicelles et de radicules nombreuses; leur texture est très-dure, nerveuse; la fibre en est si serrée, que, coupée transversalement, elle offre une surface lisse et comme impénétrable. Pour la pulvériser, il faut d'abord la diviser au couteau.

La racine du jurubeba a une couleur analogue à celle de la racine de canne de Provence; l'écorce qui la recouvre est un peu foncée. Cette écorce a des épaisseurs variables selon l'âge de la plante; elle est rugueuse, crevassée en de certains endroits; elle se détache par lames et se réduit facilement en poudre; elle a peu d'odeur, même par le frottement. Si on la mâche, elle communique à la bouche et à l'arrière-gorge une amertume qui s'y prolonge longtemps, tandis que la fibre ligneuse est presque insipide.

Les tiges du *solanum paniculatum* sont longues, grêles, recouvertes de distances en distances d'aiguillons très-pointus; les feuilles qui y adhèrent ont une belle couleur verte, la plupart sont brisées par la dessication; ces feuilles n'ont pas d'odeur; leur saveur est presque nulle; les fruits sont d'une amertume très-prononcée; elle se conserve même après qu'ils ont été desséchés.

La racine du jurubeba traitée par l'eau ou l'alcool fournit un extrait d'une saveur amère très-prononcée. Cet extrait est plus abondant dans la partie corticale de la racine que dans le ligneux.

Nous tenons ce nouveau médicament à la disposition de tous ceux qui en voudront faire l'essai thérapeutique.

Formules de gouttes noires.

A propos du dernier article de notre collaborateur, M. Deschamps (d'Avallon), sur les gouttes noires, M. Genest de Servières donne, dans la *Gazette hebdomadaire*, deux formules de gouttes noires, l'une employée dans quelques pharmacies en Angleterre, l'autre donnée par la pharmacopée officielle des Etats-Unis :

Opium choisi	8 onces.
Verjus	40 onces fluides.
Noix muscades	1 once 1/2.
Safran	1 quart d'once.

Faites bouillir jusqu'à ce que l'opium soit épuisé. Ajoutez :

Sucre	4 onces.
Levûre de bière	2 cuillerées.

Tenez près du feu pendant six ou huit semaines ; passez, et laissez évaporer à l'air libre jusqu'à consistance de sirop ; filtrez.

Black Drop (Ph. U. S.)

Opium en poudre grossière	....	5 onces.
Muscades —	....	1 once.
Safran —	....	125 grammes.

Faites macérer l'opium, la muscade et le safran dans une pinte d'acide acétique dilué, pendant vingt-quatre heures. Placez le mélange dans un appareil à lixiviation, et reversez le liquide qui s'écoulera jusqu'à ce qu'il passe clair. Ajoutez graduellement dans l'appareil assez d'acide acétique dilué pour que le liquide filtré mesure vingt-six onces fluides. Dissolvez dans ce liquide huit onces de sucre, et, après avoir passé la solution, ajoutez-y assez d'acide acétique dilué pour obtenir en tout deux pintes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Etude sommaire sur le choléra.

Par M. le docteur A. Ripoll, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, médecin des épidémies.

I. Considérations sur l'origine, les causes et le mode de propagation du choléra [1].

La question véritablement dominante de l'étude du choléra est évidemment celle de son traitement ; mais, ce qui est non moins évident, c'est que les moyens prophylactiques ont une importance presque aussi grande que les moyens curatifs proprement dits, et qu'il est impossible d'établir les bases d'un traitement *rationnel*, susceptible de donner de bons résultats, sans bien comprendre la maladie, surtout au point de vue de son origine, de ses causes et de son mode de propagation. Je crois donc indispensable de faire précéder ce qui doit se rapporter au traitement lui-même du choléra, de quelques considérations préliminaires, sur

(1) Le travail remis à la rédaction par notre confrère présentant des dimensions considérables, nous avons dû supprimer tout ce qui avait rapport à la symptomatologie, partie la moins intéressante, et faire dans les autres quelques coupures qui, tout en conservant à l'œuvre ce qu'elle présente à la fois d'original et de pratique, nous a permis de lui donner place dans nos colonnes réservées aux publications affectant ce double caractère.

(*Note de la Rédaction.*)

ce qui constitue son histoire, sa *génération*, si je puis ainsi dire.

Et d'abord, ce qui va suivre se rapportant seulement au choléra d'origine indienne, il me paraît utile de bien préciser la distinction que l'on doit établir entre cette maladie et le *choléra-morbus* européen dont je n'ai pas l'intention de m'occuper. Il est certain qu'aujourd'hui encore il règne un certain degré de confusion entre ces deux types pathologiques, et que pour toute une génération de médecins qui n'ont pu observer eux-mêmes le choléra asiatique, il y a une grande difficulté, au début d'une épidémie, pour en établir le diagnostic.

Cette confusion est le résultat, d'abord de l'emploi d'un même mot pour désigner deux maladies dissemblables, et surtout de l'épithète de *sporadique*, malencontreusement appliquée par quelques auteurs à l'une d'elles, pour la distinguer de l'autre, à laquelle on affecte celle d'*épidémique*. Là est la source de bien des erreurs, basée elle-même sur une erreur considérable.

On ne saurait en effet faire entrer la *sporadicité* ou l'épidémicité comme éléments dans une classification nosologique. Il n'y a pas de maladies exclusivement sporadiques ou épidémiques ; elles sont *une*, et peuvent se manifester tour à tour sous cette double forme. Le mot *sporadique*, ainsi réservé au choléra européen, consacre donc une erreur; car cette maladie a été primitivement observée, et s'observera sans doute encore *épidémiquement*, tandis que, d'autre part, il me paraît incontestable que le choléra indien, dit *épidémique*, s'est présenté déjà à notre observation à l'état *sporadique*;—que si l'on niait ce fait, on peut dire, à coup sûr, que l'avenir produira tôt ou tard l'évidence de sa possibilité. Partout où des maladies ont régné épidémiquement à des époques plus ou moins reculées, on les a observées ensuite à l'état sporadique. Il en a été ainsi pour le choléra-morbus, nostras ou européen ; il doit en être de même pour le choléra asiatique. Je dis plus : je soutiens que le fait s'est déjà produit ; ainsi, au commencement d'une épidémie, nous voyons les médecins observer un certain nombre de cas de choléra, disséminés, isolés, auxquels ils n'hésitent pas à donner le nom de *sporadique*, voulant ainsi dire qu'ils se rapportent au mal européen ; mais bientôt, tout à coup, les cas deviennent plus nombreux et sont reconnus caractéristiques de l'existence du choléra *épidémique*. Or, ces cas observés la veille sont-ils différents de ceux du lendemain ? — Non, mille fois non ! — ces cas *sporadiques* sont absolument identiques à ceux qui dépendent du développement *épidémique*; il est impossible de les distinguer les uns des autres ; ils sont tous asiatiques

et, à ce titre, ne ressemblent pas plus au choléra dit *sporadique*, au choléra-morbus décrit par Hippocrate, Sydenham, etc., que le typhus ne ressemble à la fièvre typhoïde.

En outre, plus ou moins longtemps avant toute manifestation épidémique, ou plus ou moins longtemps après, on peut rencontrer des cas isolés de choléra, présentant tous les caractères du mal asiatique, que, par ce fait, l'absence de l'influence épidémique, on ne saurait désigner autrement que sous le nom de *sporadique*.

On doit donc renoncer, pour éviter toute confusion, à cette désignation fausse affectée spécialement au choléra européen ; c'est bien assez que deux maladies qui n'ont entre elles que quelques analogies dans leurs symptômes portent le même nom.

Pour nous, il y a deux choléra, le choléra-*morbus*, *nostras* ou *européen* et le choléra *asiatique* ; l'un qui naît spontanément dans nos climats de causes individuelles variées, secondées ou non par certaines conditions atmosphériques *locales* mal définies ; l'autre, dont l'éclosion exige la préexistence d'un miasme particulier dont l'origine est exotique : deux choléra que, par conséquent, vu leur étiologie ainsi précisée, on ne saurait nullement considérer comme dérivés l'un de l'autre, à la façon de la variole et de la varioloïde, par exemple.

Je ne m'occuperai que du dernier qui, endémique dans l'Inde, peut être, dans nos pays, comme le premier, tour à tour sporadique ou épidémique, suivant que des circonstances particulières, les *constitutions*, gêneront ou faciliteront son développement.

On a voulu récemment contester à M. Gorlier qu'il y eût des *constitutions cholériques*, — on a cru lui répondre en lui opposant les sauterelles et les chenilles : il est très-vrai qu'il n'y a pas de *constitutions* de chenilles ou de sauterelles, mais il y a des états de l'atmosphère qui favorisent, s'ils ne déterminent, le développement de tel ou tel animal ou végétal visible à l'œil nu, au microscope, ou inaccessible à nos sens ; de même des *miasmes* ou de ce que l'on voudra désigner comme germe des maladies qui affectent de préférence la forme épidémique. Si, donc, l'on trouve dans l'étude des *constitutions* quelque chose que l'observation antérieure a montré comme précédant de plus ou moins loin ou accompagnant l'invasion d'une épidémie de choléra, l'on est, je crois, parfaitement en droit de dire : la *constitution cholérique* existe. Elle existait à Paris pour M. Gorlier, et ce qui est arrivé depuis a prouvé qu'on s'était trop hâté de le démentir.

Sans constitution épidémique, comment expliquer l'extension rapide d'une maladie qui perd la *contagiosité* ou l'*infectiosité*

(comme on voudra) que l'on s'accorde aujourd'hui à lui reconnaître, par le simple déplacement des individus? — En 1817, le choléra éclate épidémiquement dans l'Inde: sur 90,000 personnes groupées sur la *rive droite* du Bétoak, il en meurt 20,000 dans six jours! — il suffit aux survivants épouvantés de passer sur la *rive gauche*, pour que, non-seulement le mal ne se propage pas ailleurs, mais même s'éteigne subitement parmi les émigrés! — Mille faits analogues pourraient être cités. — On en a conclu, naturellement, que le choléra n'est pas contagieux, puisque les individus qui venaient d'être en contact avec les malades et les morts laissés en partie sans sépulture, non-seulement ne transmirent pas la maladie, mais encore n'en furent pas atteints eux-mêmes.

Pensant ainsi, d'où vient qu'on accuse en 1865 les pèlerins de la Mecque de nous avoir importé le choléra? — On croit donc aujourd'hui à la contagion que l'on avait niée hier, puisque l'on propose des mesures pour opposer désormais un obstacle à la transmission de la maladie par les personnes?

Prenons garde! — Avant de nous immiscer dans les pratiques religieuses des peuples, *soyons donc bien sûrs* que nous réussirons à poser une barrière à l'envahissement du mal!

Quand donc perdrons-nous l'habitude de regarder toujours si bas quand nous allons à la recherche des causes? — La cause de l'invasion n'est pas seulement dans la pantoufle du mahométan; elle est aussi, et surtout, plus haut. C'est l'absence de cette cause qui a fait avorter dans notre pays le développement de la *fièvre jaune*, contagieuse aussi comme toutes les maladies épidémiques, quand les passagers mexicains débarqués à Saint-Nazaire, il y a quelque temps à peine, en apportèrent avec eux le germe. C'est dans le retour périodique de cette cause que nous devons chercher celle des diverses épidémies cholériques passées, présentes et futures. C'est parce que cette cause préexistait en Turquie et en Crimée, que notre armée, partie en 1854 de Marseille, où sévissait le choléra, y importa la maladie. Si une *constitution épidémique* préparante n'eût pas régné, il se serait passé ce qui avait été observé sur les rives du Bétoak et ailleurs.

Je ne dis pas que l'existence de ces constitutions particulières soit toute-puissante. Il est évident qu'une grande part dans l'éclosion et l'extension de la maladie reviendra au contact ou au voisinage des individus infectés, mais l'existence de ces constitutions est *indispensable*.

Si on ne l'admet pas, comment expliquera-t-on cette contradiction dans les faits ci-dessus signalés (Bétoak, Marseille?)

Si on ne l'admet pas existante, comment expliquer qu'aujourd'hui il y ait un cas dans une ville et le lendemain 100, disséminés dans tous les quartiers, sans trace de transmission individuelle ? Si on ne l'admet pas disparue, comment expliquer que quinze jours après, au plus fort de son développement, sur le même point, malgré le grand nombre d'individus atteints, en contact avec des individus sains, malgré le grand nombre de *foyers* plus ou moins intenses, rayonnant leur infection de tous côtés, le mal disparaisse tout à coup ? L'influence contagieuse existant seule, quelle raison y aurait-il pour qu'une épidémie s'éteignît ?

Si l'on est si divisé quand il s'agit de dire, oui ou non, si le choléra est contagieux, c'est que l'on ne tient pas compte de cette constitution particulière, inconnue, je le veux bien, mais réelle, et que l'on finira tôt ou tard par admettre comme tout semble prouver que l'on admet aujourd'hui la contagion. Qu'on l'admette, et l'on dira avec moi : oui, le choléra est *contagieux*, ou plutôt *infectieux;* mais son *infectiosité*, quelque incontestable qu'elle soit, est subordonnée, dans son intensité, à des circonstances atmosphériques particulières que nous ne connaissons pas, mais dont l'action est indéniable.

Lors donc que l'on pressentira ou ressentira l'influence épidémique, en réglementant les pèlerinages, en maintenant les quarantaines, l'on n'empêchera que dans certaines limites une grande extension du mal tandis que, en temps ordinaire, on pourra enlever les sentinelles, fermer les lazarets, le choléra n'entrera pas. Ainsi, les mêmes mesures appliquées dans tous les cas, tantôt auront une utilité fort limitée, tantôt seront absolument inutiles.

C'est encore un de nos défauts d'être trop absolus. Les faits antérieurs avaient semblé démontrer le peu d'importance de ces précautions, et voilà que les faits actuels servent d'argument aux partisans de leur efficacité. Bien des choses sont à la fois bonnes et mauvaises ; toutes sont justiciables du *moment.*

D'où vient donc ce monstre ? ce fléau envahisseur ? Son berceau, c'est le Gange. Par ses fleuves, ses canaux, ses marais, l'Europe a la fièvre intermittente ; l'Amérique, elle, a la fièvre jaune ; l'Asie a le choléra.

C'est des bords du Gange qu'il nous vient ; c'est là qu'il s'est manifesté pour la première fois sous la forme épidémique avant 1781. Avant cette époque, on y en avait bien observé quelques cas ; mais ils étaient si peu nombreux qu'ils n'avaient pas été remar-

qués. Une seconde épidémie eut lieu en 1783; une troisième en 1790.

Jusque-là leur intensité et leur durée furent assez peu considérables pour qu'elles s'éteignissent en quelque sorte sur place; mais, en 1817, une quatrième épidémie se développa plus intense qu'aucune autre; et après avoir exercé ses ravages sur les lieux mêmes où elle avait pris naissance, pendant les années 1818 et 1819, arriva de proche en proche jusqu'en France, où elle éclata en 1831 et 1832.

A peu près une moitié seulement de notre pays eut à payer son tribut à ce cruel voyageur; depuis, des épidémies successives ont agrandi chaque fois le cercle de son action, et l'on peut logiquement penser que, finalement, ses visites périodiquement renouvelées ne laisseront indemne aucune commune française; semblable ainsi à ces peuples guerriers que l'on a vu se constituer, par la conquête, des empires dont les conquêtes successives, d'étape en étape, reculent indéfiniment les bornes.

Heureusement que, semblable aussi à ces peuples conquérants, sa puissance paraît être en proportion inverse de son envahissement, de sorte qu'il y a tout lieu d'espérer que son intensité allant en décroissant à chaque manifestation nouvelle, il viendra un temps où une épidémie de choléra ne sera guère plus meurtrière qu'une épidémie de petite vérole, de croup ou de scarlatine.

Mais il y a autre chose : partout où le choléra a régné, il laisse un germe, une *puissance*, en vertu de laquelle, en dehors de toute influence épidémique, par le fait seul de certaines circonstances atmosphériques, *locales cette fois*, à peu près aux mêmes époques de l'année, on voit se produire des cas isolés. Telle est l'origine du choléra *sporadique* (asiatique, bien entendu).

On ne saurait alléguer, à l'encontre de ce que j'avance, l'impossibilité pour le miasme de réserver sa *virtualité*, momentanément assoupie, pour une meilleure occasion de développement. Je base mon dire sur ce fait remarquable, que les miasmes générateurs du choléra ont pu se conserver dans le même état de vigueur et d'intégrité, pendant le si long espace de temps qu'ils ont mis chaque fois pour arriver de leur point de départ jusqu'à nous (plusieurs années).

Cela est si vrai, l'importance de ce germe latent est si grande, qu'elle s'est déjà montrée plusieurs fois suffisante à elle seule, sans intervention indienne nouvelle, pour donner lieu, à une distance temporaire assez rapprochée, à la manifestation d'une véritable

épidémie *secondaire*. Il semble que, du premier coup, la source du mal n'étant pas épuisée, mais seulement *remisée* à l'abri des causes de sa destruction, arrêtée dans son développement par une circonstance quelconque, l'œuvre pestilentielle recommence dès que cette circonstance disparaît. Ainsi s'explique l'épidémie française de 1834 après celle de 1832; celle de 1854 après celle de 1849; ainsi s'expliquera celle de 18.. après celle de 1865.

Puisqu'il est parti de l'Inde, puisque sa source est là, c'est donc là qu'on peut essayer de l'éteindre; mais pouvons-nous espérer qu'on y réussirait, en opérant, de gré ou de force, l'assainissement des bouches du Gange? Jusqu'à l'accomplissement de cette gigantesque entreprise, qu'il y ait ou non des pèlerinages à la Mecque, nous aurons des épidémies cholériques qui nous viendront de l'Inde.

Mais il y a plus : n'est-il pas à craindre que cette extinction désirée au point du départ ne soit trop tardive? Est-il bien sûr maintenant que, sous le coup de toutes ces imprégnations successives d'épidémies antérieures, notre pays ne verra pas se produire, avec les germes en réserve, des épidémies nées *localement* de toutes pièces? Logiquement, il faudrait répondre : Oui! Ce qui s'est passé pour la grippe et d'autres maladies épidémiques le fait malheureusement pressentir.

Ce germe fatal, né dans l'Inde, *comment* nous vient-il? Ici la réponse est courte : *tout* lui sert de moyen de transport : l'air, les hommes et les choses; il se niche partout; à quoi nous servira de tracasser, d'entraver ces pauvres fanatiques orientaux? Si les constitutions *cholériques* sont formées (je persiste à conserver cette locution à défaut d'autre meilleure); si le moment est venu; si le génie épidémique nous couvre de ses sombres ailes, on aura beau faire, nul mode de séquestration ne nous préservera. Par contre, toute précaution est superflue si la constitution épidémique n'existe pas. Dans ce cas, la contagion n'a plus rien à faire; l'envahissement est subordonné à cette influence épidémique *supérieure*; c'est dans la mobilité des constitutions seulement qu'il faut chercher l'explication des prétendues bizarreries du choléra.

Exagérant la valeur de ces constitutions, quelques médecins ont cru pouvoir affirmer qu'elles s'excluent l'une l'autre : c'est une erreur. Il est assez ordinaire, au contraire, de voir, concurremment avec le choléra, un certain nombre de fièvres typhoïdes (je ne parle pas des *états typhiques* qui compliquent la convalescence du choléra). On peut citer un grand nombre de ces coïncidences épidé-

miques. Pour ma part, j'ai pu observer la *suette* et le *choléra* marchant de front dans une même localité, de telle sorte que, rapprochant l'une de l'autre ces deux maladies, dans une étude parallèle, je disais, dans mon rapport au ministre, que l'on serait peut-être autorisé à définir, tour à tour, le choléra une *suette interne*, et la suette un *choléra externe*.

Si l'on n'est pas d'accord sur le mode de propagation du choléra, on admet généralement l'idée d'un miasme générateur particulier.

On peut donc dire, en résumé : Le choléra, produit d'un miasme paludéen, originaire de l'Inde, se propage par tous les moyens de transports humains ou telluriques, sous l'influence de circonstances atmosphériques inconnues, analogues à celles qui constituent les génies épidémiques. Sa transmissibilité est incontestable; mais son extension est subordonnée à cette influence prédominante. En dehors d'elle, il perd considérablement de sa propriété de transmission; de sorte que, identique dans ses manifestations pathologiques, le choléra peut se montrer sporadiquement ou épidémiquement, c'est-à-dire s'éteindre à mesure de sa production réduite à l'éclosion de cas isolés, ou montrer cette puissance d'expansion et de propagation irrésistibles qui caractérise toutes les épidémies.

Disons en outre que, quoique le choléra puisse se développer et se développe souvent *spontanément*, par la seule action miasmatique ambiante, sans transmission d'individu à individu; le voisinage de cholériques plus ou moins nombreux donne à l'individu une chance de plus de contracter la maladie.

Resterait à savoir si ces *foyers* d'infection résultent de l'élimination par les malades du poison absorbé ou si chacun devient, en quelque sorte un laboratoire de productions miasmatiques nouvelles. Mais que nous importe?

Ces considérations permettent de comprendre l'opportunité de telles ou telles mesures hygiéniques générales ou des moyens prophylactiques particuliers.

Maintenant, pour bien comprendre aussi l'influence de la thérapeutique, il nous reste à dire comment l'homme soumis à la cause génératrice en est influencé de façon à subir ce qu'on appelle une *attaque de choléra*.

II. EXPOSITION ET INTERPRÉTATION DES PHÉNOMÈNES MORBIDES CONSTITUTIFS DE L'ATTAQUE DU CHOLÉRA. — SA NATURE.

Sous l'influence du miasme indien, seule ou secondée par des circonstances locales ou individuelles prédisposantes, le choléra

se développe. Et ici, il y aurait lieu de discuter les opinions divergentes sur la manière dont le miasme d'une part est absorbé, et d'autre part réagit primitivement sur l'organisme pour en déterminer la rapide détérioration.

Sous le rapport de l'absorption, il semble aujourd'hui, sinon évident, au moins très-probable, que c'est par les voies respiratoires seules, ou au moins principalement, que le poison pénètre ; une fois là, il parvient dans le torrent circulatoire et se mêle au sang.

Mais à partir de ce moment, comment agit-il ? Est-ce en décomposant le sang lui-même, ou bien en impressionnant d'une façon particulière les organes dans lesquels le sang l'entraîne avec lui? C'est là qu'est surtout le point en litige.

Selon moi, le sang n'est pas décomposé par le miasme, attendu que s'il en était ainsi, l'attaque de choléra passée (car le choléra ne consiste que dans une *attaque*, de durée assez courte), le sang ne reprendrait pas si facilement qu'il le fait, ses caractères normaux. Mais le sang charrie le miasme, et c'est le système nerveux qui en subit la première influence, influence terrible, il faut le dire.

Mais quelle est cette influence? Est-elle déprimante ou excitante? Toutes les causes débilitantes du système nerveux favorisant la production du choléra, il est probable que ce système est plutôt déprimé qu'excité par le poison. Quoi qu'il en soit, le système nerveux vicieusement impressionné, ébranlé dans son action, réagit contre la cause qui le met en souffrance, et faisant un effort pour s'en débarrasser, met en jeu les organes capables de produire ce résultat. Ce sont la peau et la surface du tube digestif, et principalement cette dernière, plus facilement en rapport avec le système sanguin, qui sont chargées de l'élimination. Mais le système nerveux, par le fait de l'ébranlement reçu, hors d'état de maintenir le jeu des organes dans des limites convenables, cette élimination se fait d'une manière tellement désordonnée, avec de tels écarts, que la mort est la conséquence : de telle sorte que le malade meurt bien moins du poison que des résultats des efforts faits par l'organisme pour le rejeter.

C'est une véritable filtration du sang lui-même, et, ainsi que dans certaines maladies des reins, son albumine est rejetée au dehors avec les urines, en même temps que ses parties seulement excrémentitielles, ici, par le fait de l'état de turgescence sécrétoire dans lequel se trouve l'intestin, toute la partie liquide du sang est rapidement expulsée par les selles et les vomissements, en si grande quantité, qu'en un très-court espace de temps, il devient tellement

visqueux, qu'il ne peut plus alimenter les autres organes. Dès lors, toutes les sécrétions se suppriment, et bientôt la circulation devient de plus en plus difficile, en même temps que les selles et les vomissements cessent eux-mêmes, parce que le sang a perdu ses derniers éléments liquides; les poumons s'engorgent; la respiration devient impossible; la teinte asphyxique et le refroidissement de tout le corps se prononcent de plus en plus; les gros vaisseaux s'obstruent, et le cœur s'arrête : le cholérique est mort. Que si les désordres n'arrivent pas jusqu'à ce point extrême, le sang conserve pendant un certain temps une plasticité telle, qu'il engoue la plus grande partie des organes au sein desquels il joue le rôle de corps étranger, et le malade succombe, après un espace de temps plus ou moins long, dans un état typhoïque dépendant de cette obstruction de tous les organes, de cette torpeur de toutes les fonctions, ou par suite de l'inflammation de quelque viscère important.

Voilà, selon moi, l'idée que l'on doit se faire du choléra, et que je résume ainsi :

Une attaque de choléra n'est qu'un effort de la nature pour se débarrasser du miasme indien, une espèce d'accès de fièvre pernicieuse. (*La fin au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

De la préservation du choléra épidémique et d'une hygiène spéciale applicable au traitement de la maladie réalisée (Mémoire adressé à l'Académie de sciences), par M. le docteur Max Simon (1).

Nous sortons à peine, tout meurtris, des étreintes du choléra indien, et ce fléau, « *qui parcourt les royaumes,* » comme le cheval pâle de l'Apocalypse, ne nous a probablement pas dit un éternel adieu. Les trois grandes endémies qui ont leur berceau dans les deltas du Gange, du Nil et de l'Amazone, sont devenues voyageuses, et il est permis de se demander si plus tard elles n'auront pas un pied-à-terre en Europe, où elles resteront en permanence, frappant des coups aussi destructeurs, mais des coups moins émouvants et moins dramatiques. Cela est possible; mais ce qui est certain, c'est que le danger n'est qu'écarté, et qu'assoupi aujourd'hui : il reparaîtra tôt ou tard. Il faut donc de la vigilance, et l'humanité, qui perd toujours ces batailles, a intérêt cependant à savoir comment elle les a perdues et à percer les secrets de la stratégie ténébreuse de son ennemi.

(1) 1 vol. in-12, de 195 pages, chez V. Masson, Paris, 1865.

Le livre que nous analysons arrive au lendemain d'une de ces hécatombes humaines, et il est plein d'une émotion communicative. Il guerroie contre l'invisible ; mais il le fait avec un entrain et une vigueur de coups qui annoncent l'inébranlable résolution de ne pas abandonner la lutte, quelque inégale qu'elle soit. Il est des hommes dont la pensée et le style ont une si forte empreinte d'originalité (nous donnons à ce mot sa meilleure acception), que l'une et l'autre peuvent se passer de signature : ils se font reconnaître partout. M. Max Simon est un de ces hommes privilégiés. Il a sa *manière*, que caractérisent une hardiesse heureuse, un tour piquant et une verve singulièrement littéraire. Ces qualités se retrouvent dans ce petit livre, comme on les rencontre dans les publications précédentes du même auteur : dans sa *Déontologie médicale*, dans son histoire de *Lepecq de la Clôture*, dans son *Hygiène du corps et de l'âme*, et aussi dans la Bibliographie du *Bulletin de Thérapeutique*, où sa plume défend avec autant de vaillance que de courtoisie, depuis vingt-cinq ans, les droits d'une critique qui se respecte, qui respecte les auteurs qu'elle juge, qui respecte par-dessus tout la vérité. Qui ouvrira ce livre le lira certainement jusqu'à la dernière ligne, et, l'ayant lu, sentira s'accroître son estime pour l'auteur ; mais s'il commande ce sentiment, il ne commande pas au même degré, à notre avis du moins, une adhésion complète aux idées qu'il développe. Le choléra n'est pas contagieux ; c'est une maladie exclusivement épidémique ; son miasme producteur est disséminé dans l'air, et les chances d'en subir les atteintes sont, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus grandes, qu'on vit plus longtemps à l'air libre ; d'où cette prophylaxie, qu'il faut, autant que possible, se tenir renfermé chez soi pour mettre de son côté les chances favorables : telles sont les idées que défend M. Max Simon. Ces propositions sont graves, et tout l'art, toute la conviction sincère qui ont groupé des arguments autour d'elles, n'ont pu leur donner un caractère réellement démonstratif. Et tout d'abord, le fait de l'épidémicité est-il donc inconciliable avec celui de la transmission contagieuse ? Pas le moins du monde. L'épidémicité, comme la contagiosité (qu'on me pardonne ces mots barbares), sont des attributs éventuels, non constants, des maladies. Elles peuvent se présenter sous un de ces modes, les réunir tous les deux, ne présenter ni l'un ni l'autre. La fièvre typhoïde en est un exemple frappant, et de là viennent ces discussions interminables sur le caractère contagieux des maladies ; les uns l'admettant, les autres le repoussant avec des arguments pour et

contre, qui ont l'air de se compenser comme force et comme nombre.

Le livre si remarquable d'Anglada sur la contagion, et l'important travail que le professeur Jaumes vient de consacrer à l'étude de cette question appliquée au choléra asiatique, montrent qu'en dehors du fait de la contingence du *mode contagieux*, il n'y a pas de solution possible à ces divergences interminables. Nous croyons, pour notre compte, à la contagion du choléra, mais à sa contagion relative. *Ainsi que la vertu*, la contagion *a ses degrés*, il est certain que le fléau indien est loin d'occuper le premier rang dans l'échelle des aptitudes contagieuses. Toutefois, nous estimons que ce fait, transporté de la doctrine à la pratique, justifie l'emploi de toutes les mesures applicables aux maladies les plus franchement contagieuses. Nous sommes loin, on le voit, des idées de notre savant confrère, et nos convictions sur ce point sont bien fortes, puisqu'elles ont résisté à l'épreuve de son argumentation si habile et si entraînante cependant. La raison alléguée par les anticontagionistes, que la divulgation de ce mode de transmission du choléra peut impressionner les populations et affaiblir, au moment de l'épidémie, les liens d'une solidarité qui doit s'affirmer par l'assistance réciproque ; cette raison, dis-je, outre qu'elle n'est pas scientifique, me paraît singulièrement atténuée par l'avantage des précautions dont la doctrine opposée entraînerait l'inobservance ; d'ailleurs, on ne saurait avoir la prétention de tenir longtemps la vérité *captive* sur cette question comme sur toute autre, et à tous les points de vue, il vaut mieux dire aux populations : Le choléra est contagieux, mais à un degré si peu marqué, qu'il est loisible de ne pas en tenir compte dans ses relations avec les malades, tout en réclamant le bénéfice des mesures administratives basées sur cette donnée et en s'entourant soi-même de précautions.

Quant au fait avancé par M. Max Simon, que les individus séquestrés ont fourni moins de victimes au choléra que ceux vivant en plein air, et à la conclusion hygiénique de l'utilité du confinement, qui en est le corollaire naturel, nous ne saurions non plus y voir autre chose qu'une opinion ingénieuse, que contredisent de nombreuses observations qui se présenteront d'elles-mêmes à l'esprit des médecins qui liront son livre. La maison centrale de Montpellier nous a fourni une dérogation frappante au principe posé par l'auteur. La marche du choléra au bagne de Brest, en 1849 et 1854, nous a donné également un exemple de l'inaptitude prophylactique de la vie confinée. Quelques faits ont été cités par l'auteur

à l'appui de son hypothèse; mais que l'on prenne deux opinions antagonistes en matière de choléra et qu'on cherche à les appuyer sur des faits, les deux théories trouveront à recruter des arguments dans ce champ si encombré des recherches suscitées par cette maladie mystérieuse; et cependant il n'y en a qu'une qui soit vraie et acceptable. M. Max Simon a été conduit dans cette enquête par une sagacité et une bonne foi incontestables; mais combien de faits ne lui seraient pas opposables, si on recherchait le chiffre comparatif des cholériques séquestrés et de ceux vivant en plein air! Nous n'avons pas fait cette statistique; mais quel contradicteur n'aurait pas le droit de prendre, à son tour, le mot de Maine de Biran, invoqué par M. Max Simon, et de dire sur cette question : « Je n'en sais rien, mais j'en suis sûr. »

La doctrine du confinement nous paraît dangereuse en ce qu'elle ne peut manquer d'être exagérée par la frayeur, et nous ne voyons pas trop en quoi, au point de vue des résultats moraux, elle est plus inoffensive que celle de la contagion; nous la redoutons surtout parce qu'elle conduit forcément à se placer, sous le rapport de l'aération, dans des conditions que les données séculaires de la médecine portent à considérer comme contre-indiquées dans les épidémies. L'aérophobie est un préjugé que l'hygiène doit pourchasser sur le terrain du choléra comme sur tout autre, car il lui crée les embarras et les préjudices les plus sérieux.

En désaccord avec l'auteur de ce livre sur les questions fondamentales qu'il soulève, nous lui avons donné, par la franchise de nos objections, une mesure de la valeur que nous attachons à ses idées. Elles sont de celles qui ne passent jamais inaperçues; leur importance attire les esprits et leur forme charmante les captive. Nous avons eu à nous défendre de cette séduction toute-puissante pour ne regarder que le côté pratique de cet ouvrage. Sa forme littéraire est, comme toujours, irréprochable, et à lire ces pages pleines de mouvement et de cadence ; à voir cet art si peu commun de donner de la vie et de la grâce aux choses les plus arides, on se demande (par préjugé de centralisation intellectuelle) pourquoi un écrivain de ce talent s'est obstiné à cacher derrière les murs d'une petite ville une lumière qui était faite pour briller sur les sommets.

FONSSAGRIVES.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Névralgie sciatique guérie par les injections sous-cutanées de narcéine. — Bien qu'expérimentée dès le début par M. Béhier en injections hypodermiques, la narcéine a été peu employée de cette façon : aussi, pour ajouter un complément à l'histoire de ce médicament qui se trouve très-complète dans ce recueil, croyons-nous utile de rappeler l'observation suivante, empruntée à la thèse de M. Liné, ancien interne des hôpitaux [1] :

Le nommé Varnet (Pierre), domestique, âgé de trente-quatre ans, entre à l'hôpital Necker, service de M. Delpech, le 18 août 1865, pour une douleur siégeant suivant le trajet du nerf sciatique.

Cet homme fut pris de cette douleur, pour la première fois, le 10 août, c'est-à-dire dix jours avant son entrée à l'hôpital ; elle n'était pas alors assez vive pour l'empêcher de marcher, aussi ne fit-il aucun traitement. Ce n'est que lorsqu'il lui fut impossible de travailler qu'il se fit conduire à l'hôpital.

Entré dans le service, il fut soumis à un traitement assez actif : bains de vapeurs, frictions, vésicatoires pansés avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, et placés successivement sur les principaux points douloureux.

Après dix jours de ce traitement, le malade n'éprouva qu'un très-léger soulagement. On lui fit alors une injection de 5 centigrammes de narcéine, en dissolution dans 1 centimètre cube d'eau distillée.

Le jour même de l'injection, le malade a été presque constamment endormi; le soir, il a été pris d'un mal de tête assez marqué, et de quelques nausées.

Cependant, malgré ces légers accidents, sa douleur avait sensiblement diminué.

Le 2 septembre, comme la névralgie semblait revenir avec autant d'intensité que les premiers jours, on lui fit une seconde injection avec 7 centigrammes de narcéine. Cinq ou six heures après l'injection, le malade fut pris de vomissements ; l'appétit avait entièrement disparu, et un violent mal de tête le tint éveillé jusque vers les onze heures du soir.

Quant à la névralgie, une demi-heure après l'injection, elle avait

[1] *Etudes sur la narcéine et son emploi thérapeutique* (thèse de Paris, 1865).

commencé à diminuer d'intensité, et, dans la nuit, le malade n'en fut plus du tout incommodé.

Les troubles physiologiques que nous venons de signaler ne durèrent que quelques heures.

Les jours suivants, la douleur ne reparut pas, et le malade put sortir de l'hôpital le 9 septembre, complétement guéri, pour le moment au moins.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouvel exemple de syphilis vaccinale. Le fait suivant, emprunté à la pratique civile de M. le docteur Millard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est un exemple authentique de transmission de la syphilis par la vaccine :

M. X***, âgé de vingt-sept ans, ayant été vacciné dans son enfance, se présente à l'Académie de médecine, le 19 août 1865, pour se faire revacciner. On lui pratique six piqûres, dont quatre seulement prennent sous forme de boutons dont les croûtes tombent le 12 septembre. Vers le 20 septembre, deux nouveaux boutons paraissent au niveau des piqûres inférieures et se convertissent bientôt en croûtes sèches et brunâtres.

Vers le 22 octobre, M. X*** est pris de douleurs de tête très-violentes, qui reviennent toutes les nuits; puis il aperçoit sur la poitrine et sur le ventre quelques rougeurs. Les douleurs de tête deviennent bientôt si insupportables, qu'il se décide à venir, le 6 novembre, demander conseil à M. Millard. Informé des circonstances de la revaccination et de l'apparition des deux dernières pustules qui avaient été si en retard sur les autres, notre confrère fit déshabiller le malade : à la partie supérieure de chaque bras, il existait une croûte qui, à droite, ne différait pas des croûtes vaccinales, mais qui, à gauche, ressemblait aux croûtes du rupia.

On constatait dans chaque aisselle plusieurs ganglions lymphatiques tuméfiés et indolents, formant une véritable pléiade.

Enfin, sur les bras, sur la poitrine et le dos, existait une éruption papulo-vésiculeuse, ayant tous les caractères d'une syphilide.

Les organes génitaux étaient sains et ne présentaient aucune cicatrice; il n'y avait dans les aines aucun engorgement ganglionnaire, et, de plus, le malade, interrogé avec insistance, affirmait n'avoir jamais eu de chancre.

M. Millard demeura convaincu, après cet examen, que M. X*** était atteint de syphilis vaccinale. Tel fut aussi l'avis de MM. Hardy et Ricord, auxquels le jeune homme fut présenté le même jour.

Un traitement approprié fit prompte justice des accidents, et tout porte à croire que la guérison sera complète.

M. Depaul a commencé immédiatement une enquête. On apprit que le même jour un grand nombre de soldats de la garnison de Paris et neuf enfants avaient été vaccinés, en même temps que M. X***, avec du vaccin pris sur le même sujet. Six des enfants ont été retrouvés manifestement atteints de syphilis; ils sont en voie d'amélioration, grâce au traitement spécifique que surveille M. Depaul lui-même; deux sont morts sans qu'on ait pu savoir exactement la cause du décès, et s'ils ont eu des accidents syphilitiques; le neuvième n'a pu être retrouvé. On n'a pas encore de renseignements sur les soldats revaccinés avec le vaccin infectieux. Quant au vaccinifère, il avait été envoyé en nourrice dans le département des Basses-Pyrénées, et il paraît avoir succombé à tous les signes de la syphilis.

Ce fait, recueilli par un observateur des plus consciencieux, renferme un grand enseignement. Que nos confrères soient donc prévenus, et qu'ils s'entourent de toutes les précautions possibles quand ils pratiqueront des

vaccinations. (*Société médicale des hôpitaux* et *Union médicale.*)

Colique saturnine due à l'administration de l'acétate de plomb à dose médicamenteuse. L'acétate de plomb est un médicament qui a été prescrit à dose assez élevée. Fouquier donnait par jour 12 grains d'acétate de plomb cristallisé contre les sueurs des phthisiques; Dupuytren, do 20 à 25 grains contre le choléra; Gardener l'administrait dans la dyssenterie jusqu'à une demi-once; mais l'observation suivante, rapportée par M. Maisonneuve, professeur aux écoles de médecine navale, rapprochée des faits d'Orfila, de Flandin, de Ranquerel des Planches, doit rendre le médecin circonspect à l'égard de ce médicament :

Un homme était entré à l'hôpital do Rochefort pour une affection organique du cœur. Il s'agissait d'une dilatation anévrysmale de cet organe; la dyspnée était portée à l'extrême, et le sang ne parvenait plus au pouls. En face de tels accidents, la thérapeutique se sentait impuissante et ne pouvait se proposer d'autre action que celle de diminuer l'angoisse respiratoire du malade. Après avoir constaté l'insuffisance de la digitale et des diurétiques, M. Maisonneuve prescrivit une potion contenant 5 centigrammes d'acétate neutre de plomb. Cette dose fut successivement augmentée jusqu'à 12 centigrammes et le médicament continué jusqu'au 3 mars, c'est-à-dire pendant quinze jours. Les résultats furent d'abord satisfaisants, le pouls devint plus calme, plus plein, plus régulier, et la respiration moins gênée; mais, le 4 mars, l'abdomen commença à devenir douloureux et les gencives présentèrent un gonflement grisâtre. La médication fut aussitôt suspendue; mais l'entéralgie se renforça, la constipation apparut, et les jours suivants il y eut des coliques atroces.

Un traitement approprié mit une fin prompte à ces accidents. (*Archives de médecine navale.*)

Bubon phagédénique. — Prompte guérison par le sulfate de cuivre. Le bubon phagédénique, quand il a une certaine étendue, est difficile et long à guérir, et l'on sait combien sont nombreux les traitements qui sont préconisés en pareil cas. Nous avons vu tout dernièrement à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Foucher, une malade chez laquelle les pansements avec le sulfate de cuivre ont amené une prompte guérison. Cette malade avait dans l'aine gauche une large ulcération ovalaire, à grand diamètre, dirigée dans le sens du pli de l'aine. Ce grand diamètre a une longueur de 9 à 10 centimètres; tandis que le plus petit ne mesure pas plus de 5 centimètres. Les bords de l'ulcération sont irréguliers, largement décollés, le fond est anfractueux et grisâtre. Ce vaste ulcère fut pansé avec de la charpie trempée dans une solution de 15 centigrammes de sulfate de cuivre dans 30 grammes de glycérine, et ce pansement fut répété deux fois par jour. Dès le lendemain on put remarquer une amélioration notable : les burds de l'ulcération étaient moins saillants et le fond moins sanieux. Les jours suivants et sous l'influence d'un seul traitement, les dimensions de l'ulcère diminuèrent rapidement, et le seizième jour la malade put quitter l'hôpital parfaitement guérie. La rapidité de la guérison dans ce cas doit être attribuée au sulfate de cuivre, dont la dose pourrait, du reste, être augmentée. (*Gazette des hôpitaux.*)

De l'emploi du bromate de quinine dans le traitement du choléra. Voici un nouveau médicament qui est recommandé par un médecin russe, M. Courtener. Il est fort à craindre qu'il n'ait le sort de tous ceux qui ont été préconisés en pareille circonstance. Mais certaines propriétés de ce médicament, si elles se confirment, nous semblent dignes d'attention. Il résulterait d'expériences faites sur les animaux que le bromate de quinine est doué d'une action sédative supérieure à celle du sulfate de quinine, et par conséquent doit être donné à dose moins élevée. M. Courtener, qui l'a expérimenté dans les fièvres intermittentes et dans plusieurs maladies épidémiques (fièvre typhoïde, diphthérite, dyssenterie), n'a jamais vu d'effets désavantageux de l'emploi du bromato de quinine. La surdité et le bruit d'oreilles n'ont été observés que fort rarement. Il est vrai de dire que 50 centigrammes de ce sel ont toujours paru une dose suffisante. Appliqué au traitement du choléra, c'est surtout comme remède prophylactique, dans la période d'incubation ou des prodromes de la maladie, quo le bromate de quinine trouve son indication.

On obtient le bromate de quinine en

traitant la quinine par l'acide hydrobromique, puis évaporant soit à cristallisation, soit à siccité.

Comme agent thérapeutique, le bromate de quinine présente un grand avantage sur les autres combinaisons du même alcaloïde du quinquina par sa solubilité dans l'eau (une partie de bromate de quinine se dissout facilement dans quatre parties d'eau à 15 degrés). Le sel offrirait donc de grandes facilités pour la pratique des injections hypodermiques. (*Gazette médicale.*)

Bons effets du bromure de potassium dans les rétrécissements de l'urètre. Parmi les derniers travaux dus à la plume de notre regretté Debout, nos lecteurs ne sauraient avoir oublié les quelques pages où il traite des propriétés thérapeutiques du bromure de potassium, et parmi ces propriétés, ils ont sans aucun doute remarqué celle qui fut attribuée par lui à ce médicament, de triompher de l'élément spasmodique qui, chez les malades atteints de rétrécissement de l'urètre, joue un rôle souvent si brusque dans la production de la rétention d'urine. Le docteur Gorrequer Griffith, de Dublin, se loue également de l'action du bromure dans les cas de ce genre, et il en rapporte plusieurs exemples intéressants, parmi lesquels, pour éviter des répétitions inutiles, nous nous bornerons à choisir et à analyser le suivant :

I. Un officier de l'armée des Indes, à la suite d'une blennorrhagie qui avait résisté à tous les moyens ordinaires, et qui passa à l'état chronique durant la pénible campagne à laquelle il prit part contre la dernière révolte, se vit atteint de rétrécissement du canal de l'urètre. Cette affection alla s'aggravant, et il finit par se trouver hors d'état de vider complétement sa vessie et par rester des jours entiers sans pouvoir accomplir l'acte de la miction. Revenu en Europe, il se confia aux soins du docteur Griffith. Quand ce chirurgien fut appelé pour la première fois auprès du malade, celui-ci était en proie aux souffrances d'une rétention d'urine complète qui durait depuis plusieurs heures. L'introduction de la sonde fut impossible, en raison des douleurs atroces déterminées par le contact de l'instrument dans le canal, qui était d'une irritabilité et d'une sensibilité excessives. M. Griffith, sans insister davantage sur le cathétérisme, prescrivit un bain tiède et 50 centigrammes de bromure de potassium à prendre toutes les heures ou toutes les deux heures, avec recommandation de le faire appeler de nouveau si, au bout de quelques heures, le soulagement désiré n'était pas obtenu. Après l'injection de quelques doses, l'effet fut tel, que le malade put uriner, et beaucoup plus aisément qu'il ne l'avait fait depuis longtemps. Le traitement au moyen des bougies devint dès lors possible et fut suivi d'un résultat avantageux. (*Med. Press*, 18 oct. 1865.)

Chorée traitée par la fève de Calabar. Encore un exemple à ajouter à ceux de ce genre que nous avons rapportés dans nos précédents volumes. Robert W***, âgé de quatorze ans, entra à l'hôpital Saint-Georges, dans le service de M. Ogle, pour une chorée, intense et opiniâtre, contre laquelle furent employées inutilement, pendant le cours de plusieurs mois, les préparations de fer, d'antimoine, de zinc, d'arsenic, de valériane, soutenues d'un régime analeptique approprié. On était sur le point de le renvoyer de l'hôpital, lorsqu'on eut l'idée d'essayer l'effet de la fève de Calabar sous forme de teinture alcoolique. On commença par une dose de quatre gouttes de cette teinture, répétée trois fois par jour, laquelle fut portée graduellement, dans l'espace de neuf semaines, à dix-huit gouttes, également trois fois dans la journée. Pendant toute la durée de cette période, il ne se manifesta aucun changement du côté des pupilles ; mais le jeune malade, sans avoir fait usage d'aucun autre médicament, recouvra d'une façon à peu près complète le pouvoir de diriger l'action de ses muscles au gré de sa volonté, de telle sorte qu'il put sortir de l'hôpital et retourner dans sa famille parfaitement guéri, ou peu s'en faut, le défaut d'empire sur certains mouvements volontaires n'étant perceptible qu'accidentellement et d'une manière exceptionnelle. Depuis, malgré la recommandation qui lui avait été faite de revenir à l'hôpital dans le cas où la maladie se reproduirait, on n'en a plus eu de nouvelles. (*Med. Times and Gaz.* et *Med. Press*, 20 sept. 1865.)

Du traitement non mercuriel de la syphilis. M. Dunn mérite, certes, de compter parmi les *ultras* de l'hydrargyrophobie. Non-seulement il ne donne plus jamais de mercure dans la syphilis constitu-

tionnelle des adultes ; mais il en est même arrivé à bannir ce métal du traitement de la syphilis héréditaire. Sur cinquante enfants syphilitiques âgés de trois ou quatre semaines, soumis à sa direction, il n'en a perdu que trois. Il remplace chez oux les mercuriaux par le chlorate de potasse uni à l'acide chlorhydrique. Mais il attache surtout une grande importance, — et en ceci nous partageons son avis, — à l'emploi des toniques, de l'huile de foie de morue, à une alimentation régulière, à l'air pur, aux soins de propreté.

A cette occasion, M. H. Lee, a exprimé ses antipathies contre le traitement non mercuriel de la syphilis. Il a souvent vu des malades, ainsi traités au début de leur mal, revenir le consulter au bout de quatre ou cinq ans, en état de récidive, regrettant le temps qu'ils avaient perdu ; et il dit aussi que les cas les plus graves qu'il ait observés (ulcères profonds du gosier, maladie des os) lui ont été présentés par des sujets traités d'abord sans mercure.

M. George Cooper et M. Savory ont émis un avis semblable. Selon ce dernier, aucun remède n'est comparable pour son efficacité à l'action que le mercure possède contre la syphilis. Cependant il avoue que le poison syphilitique tend naturellement à être éliminé avec l'aide seule du temps.

M. Spencer Wells demande si le chlorate de potasse, administré par M. Dunn aux enfants syphilitiques, n'aurait pas été donné uniquement dans le but *d'amuser* leurs parents?... Il serait, selon lui, intéressant d'observer les effets de ce médicament comparés, dans ce cas, à ceux d'une drogue insignifiante.

Dans sa réplique, M. Dunn spécifie qu'il n'a réellement observé que deux cas de récidive chez les cinquante nouveau-nés qu'il a traités sans mercure. Parmi les conditions hygiéniques dont il les entoure, il met en première ligne leur allaitement par une nourrice autre que leur mère ; non pas, dit-il, que le lait de celle-ci puisse leur transmettre le virus, mais parce qu'il est trop appauvri et incapable de leur fournir l'aliment réparateur dont ils ont tant besoin.

Il existe néanmoins des cas dont les détails peuvent conduire à penser que le lait de la nourrice agit comme véhicule du virus. M. Dunn en cite l'exemple suivant :

Un enfant, né de parents sains, fut donné à une nourrice qui était atteinte de syphilis, mais n'avait que de l'alopécie et des ulcères au gosier, et point d'ulcères au sein. L'enfant offrit bientôt des symptômes de la même maladie, fut traité par le mercure et mourut. — M. Whitehead dit avoir observé un cas semblable. (*Royal medical and chirurgical society of London*, 14 novembre 1865, et *Gazette de Lyon.*)

Du rôle des eaux sulfureuses thermales dans le traitement de la goutte. Bien des opinions ont été avancées relativement aux avantages et aux désavantages du traitement thermal appliqué à la goutte. Voici le résultat de diverses observations faites sur ce point controversé par M. Artigues, médecin principal de 1re classe.

1° Les eaux sulfureuses thermales sont toujours formellement et sans exception contre-indiquées pendant la durée de l'accès de goutte, ou même à une période très-rapprochée du dernier accès, ou trop voisine de l'accès futur que l'on peut prévoir.

2° Les eaux sulfureuses sont de même contre-indiquées et nuisibles dans tous les cas de goutte atonique franche avec sursaturation et tendance à l'œdème et à l'hydropisie.

3° Les eaux sulfureuses thermales servent de pierre de touche dans les cas douteux, pris pour des douleurs rhumatismales erratiques, et amènent des symptômes caractéristiques de la goutte, comme elles amènent à la peau tous les symptômes cutanés de la syphilis constitutionnelle latente.

4° Les eaux thermales sulfureuses peuvent être très-utiles dans les cas de goutte chronique sans sursaturation goutteuse, sans tendance à l'œdème ; mais dans ces cas, le traitement hydro-thermal doit être conduit avec une prudence excessive.

Les bains mitigés sont les seuls qui doivent être prescrits, avec intermittence de repos, calculées sur la plus ou moins grande impressionnabilité du malade. Les douches doivent être dans tous les cas énergiquement proscrites. Quant à l'eau thermale en boisson, elle doit être proscrite, à cause surtout de la substance azotée qu'elle contient.

5° Le traitement sulfureux est de même rejeté sans rémission, dans tous les cas où le malade est, soit par des maladies antérieures, soit par sa constitution, prédisposé à une trop grande sensibilité, surtout du côté des mu-

queuses bronchiques et pulmonaires. Dans ce cas, en effet, l'excitation thermale se porte avec une sorte de prédilection sur le poumon et les bronches, et produit une métastase goutteuse des plus dangereuses.

6° Enfin la même contre-indication existe dans le plus grand nombre des cas de goutte atonique, soit que cette atonicité soit la conséquence d'une alcalinisation antérieure, ou de prédispositions particulières du malade, soit enfin qu'elle soit la conséquence naturelle de l'âge avancé.

7° L'entité morbide mal définie qu'on appelle rhumatisme goutteux, lorsqu'elle emprunte ses caractères de gonflement douloureux, plutôt à l'élément rhumatique qu'à la diathèse goutteuse, est toujours très-heureusement influencée par les eaux sulfureuses à haute température, mais à sulfuration mitigée. (*Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaire*, 1865.)

Nouveau cas de delirium tremens traité avec succès par la digitale à haute dose. Le fait est ainsi rapporté par le docteur Usher B. Eaton, médecin militaire. Un sergent-major européen, du 3e régiment des Indes occidentales, fut admis à l'hôpital dans la soirée du 12 septembre dernier. Cet homme, fort et robuste, avait contracté depuis plus d'un an des habitudes d'intempérance, qui avaient été portées aux plus grands excès pendant les deux mois précédents. Sa femme rapportait qu'il avait été, les dernières nuits, dans un état d'excitation extrême. Il était sous l'influence de la boisson au moment où il entra à l'hôpital; quand son ivresse fut dissipée, il devint très-agité. Sa physionomie offrait une expression égarée et inquiète; le pouls était à 120, la peau froide, mais couverte de sueur. Deux jours se passèrent ainsi, pendant lesquels il ne dormit que trois ou quatre heures sur les vingt-quatre. On lui administra l'opium, tout en le nourrissant et lui accordant des stimulants à dose modérée. Le soir du 14, il entra dans un état d'excitation excessive. Il essayait sans cesse de se jeter hors de son lit, parlait haut et d'une manière incohérente, et était obsédé par des hallucinations de nature effrayante. Malgré l'élévation de la dose des opiacés, la situation ne se modifia pas jusque dans la matinée du 16, où il fut convenu, dans une consultation, d'administrer la teinture de digitale. A dix heures du matin, on lui en donna une demi-once étendue d'une once et demie d'eau. A ce moment, le pouls était à 120, de force modérée, la peau froide et couverte de sueur, les pupilles fortement contractées, la langue humide et chargée; constipation, pas d'urines depuis vingt-quatre heures, excitation considérable. Environ une heure après l'ingestion de la digitale, le pouls devint intermittent : il manquait une pulsation sur vingt. A quatre heures du soir, émission abondante d'urine trouble. Pas de changement d'ailleurs; nouvelle dose égale de teinture de digitale. A dix heures, nul changement encore : troisième dose. Un quart d'heure après, le malade tomba dans un sommeil profond, lequel se prolongea jusqu'au lendemain matin, cinq heures, où il se réveilla délivré de son délire, qui ne se renouvela pas. Il dormit ensuite presque constamment pendant les quarante-huit heures suivantes, ne s'éveillant que de temps à autre pour prendre des aliments. Pouls à 72; peau fraîche et sans sueur; excrétions alvine et urinaire. Il survint un peu de salivation; on reconnut une tuméfaction de la rate et du foie avec une légère teinte ictérique. Ces symptômes cédèrent rapidement, et le 25 du même mois le malade put quitter l'hôpital et s'embarquer pour l'Angleterre. (*Med. Times and Gaz.*, 9 décembre 1865.)

Empoisonnement par la belladone à la suite d'absorption endermique. Depuis que le docteur Goolden a fait connaître les bons effets des applications locales d'extrait de belladone contre l'engorgement laiteux des mamelles, ce moyen a été employé avec succès dans un grand nombre de cas, principalement par les praticiens anglais, comme nous en avons rapporté divers exemples. A ces témoignages, qui nous ont semblé concluants, nous aurions pu ajouter le nôtre; car il nous est arrivé assez fréquemment de recourir à la belladone appliquée topiquement, sans aucune autre médication adjuvante, chez des femmes qui avaient les seins considérablement engorgés et douloureux, soit qu'après l'accouchement elles ne voulussent pas nourrir, soit à la suite d'un sevrage forcé ou volontaire; et, si nous n'avons pas constamment réussi, toujours est-il que plusieurs fois nous avons vu le mal céder avec une rapidité dont la signification nous a paru décisive. C'est donc notre con-

viction que, dans ces sortes de cas, on peut, sinon toujours, du moins souvent, parvenir à faire cesser l'engorgement, et à prévenir ainsi l'inflammation et les abcès. Mais il est une précaution à prendre, faute de laquelle on peut voir survenir des accidents sérieux d'empoisonnement : cette précaution consiste à recouvrir d'une couche de collodion les points où la peau se trouverait dénudée de son épiderme. Le fait suivant peut servir d'enseignement à cet égard :

Une servante, âgée de dix-huit ans, fut apportée à London Hospital, affectée d'engorgement inflammatoire des mamelles. La peau des deux seins, et surtout du gauche, était enflammée, avec dénudation du derme en plusieurs points. D'après le rapport des personnes qui l'accompagnaient, elle s'était servie d'un liniment pour combattre la douleur qu'elle ressentait dans les parties affectées. Elle allait et venait dans la salle, mais sa marche présentait quelque chose d'incertain et de chancelant. Sa physionomie était sans expression, et elle riait à la moindre provocation. Elle répondait aux questions qui lui étaient adressées, mais ses réponses finissaient d'une manière incohérente. Le pouls était fréquent, à 114; les extrémités froides, la bouche et la langue sèches. En même temps, les pupilles étaient largement dilatées et ne se contractaient pas sous l'influence d'une vive lumière. Il y eut des vomissements, une agitation considérable et du délire pendant la nuit. Sans insister sur ces symptômes, sans suivre la marche de la maladie jusqu'à la terminaison, qui fut favorable, sans entrer dans les détails du traitement, il suffira, pour le but que nous nous proposons ici, de dire que l'on soupçonna un empoisonnement par la belladone, et que ce soupçon se trouva confirmé quand la mère de la malade apporta, ainsi qu'on le lui avait recommandé, le flacon contenant le reste du liniment qui avait été employé : l'étiquette indiquait dans cette préparation la présence d'une forte proportion d'extrait de cette plante. (*Lancet*, 11 nov. 1865.)

Aphonie datant de six ans. — Ablation de deux tumeurs du larynx. Retour immédiat de la voix. Une fille de trente-six ans avait, depuis six ans, une douleur à la gorge, et la voix réduite à une sorte de murmure croupal. Pendant les trois premières années de sa maladie, elle a rejeté à plusieurs reprises, à la suite de quintes de toux, des lambeaux charnus, dont l'un avait un pouce de long. Le plus souvent, une dyspnée intense lui interdisait le décubitus dorsal pendant la nuit, ce que l'on mit sur le compte d'une maladie du cœur ; son état général est du reste très-bon.

En août dernier, M. Gibb, à l'aide du laryngoscope, aperçoit une tumeur longue, charnue, occupant la plus grande partie de l'espace sous-glottique, implantée sur la paroi antérieure du larynx, au-dessous des cordes vocales inférieures, tumeur complétement immobile. Après six semaines de préparation, M. Gibb saisit la tumeur dans l'anse en fil métallique de son écraseur laryngien, coupe le pédicule et enlève la tumeur. Il découvre alors une seconde tumeur, plus considérable, formant *le lit* de la précédente ; il l'enlève six jours plus tard par le même procédé. La voix revint aussitôt ce dernier obstacle enlevé. Quelques jours après la petite plaie était cicatrisée, et le larynx non rétréci.

Les deux tumeurs, chacune du volume d'une fève, étaient entièrement formées de cellules épithéliales. C'est la quinzième ou seizième fois que M. Gibb enlève une tumeur du larynx, en entier et non par fragments, au moyen d'une anse de fil métallique. (*Pathological Society of London*, octobre 1865 et *Gaz. méd. de Lyon*.)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 23 décembre 1865, ont été promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Maisonneuve, médecin-professeur de la marine ; Leclerc, médecin principal de la marine.

Par décret en date du 27 décembre, ont été promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Saulnier et Duparge, médecins-majors de 1re classe ; Auboyer, vétérinaire principal.

Par décret en date du 2 décembre, M. Dupré, médecin de l'hôpital civil de Chantilly (Oise), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Par décret en date du 29 décembre 1865, ont été nommés au grade de chevalier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

MM. le docteur Cosson, président de la Société botanique de France ; Dru, médecin à l'hôpital civil d'Alger ; Ridreau, Aspol, Martrès, Licardy, Rogues et Duval, médecins-majors de 2e classe ; Laffargue et Courbe, vétérinaires en 2e.

Par décret en date du 30 décembre 1865, ont été nommés au grade de chevalier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

MM. Héraud, pharmacien-professeur de la marine ; Castel, Auvély, Gestin, médecins de 1re classe de la marine ; Vialet, Coural, médecins de 2e classe ; Mansot, médecin auxiliaire de 2e classe ; Peyraud, chirurgien auxiliaire ; Ramonet, chirurgien de 1re classe de la marine à la Guyane.

Ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en raison du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie cholérique :

Au grade d'officier : M. Calvy, premier médecin en chef de l'hospice civil de Toulon ; chevalier depuis 1854.

Au grade de chevalier : MM. Seux, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille ; Dauvergne, chef interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille ; Rivière de la Souchère, médecin des hôpitaux de Marseille.

Par décret en date des 9 et 20 décembre 1865, MM. Romand et Bucquet, inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, ont été nommés membres du comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux.

Par arrêté en date du 29 décembre 1865, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. Béhler, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Daviers, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers ; Noulet, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse ; Alibert, médecin du lycée Saint-Louis ; Moulin, chirurgien du lycée Saint-Louis.

Officiers d'académie. — MM. Bonamy, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse ; Houzé de l'Aulnoit, professeur à l'Ecole de médecine de Lille ; Leudet fils, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen ; Milne Edwards fils, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Par décret en date du 3 janvier, M. Herveleu, médecin-major de 2e classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le docteur Vidart, ancien chirurgien militaire, fondateur et directeur de l'établissement

hydrothérapique de Divonne (Ain), est nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Le ministre de l'instruction publique a pris l'arrêté suivant :

Le ministre de l'instruction publique,

Vu le décret impérial en date du 5 décembre 1865 ainsi conçu :

« Il sera accordé aux étudiants en médecine qui seront signalés à notre ministre de l'instruction publique, par les préfets des départements, pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra, la gratuité totale ou partielle des droits qui leur restent à acquitter pour l'achèvement de leurs études médicales et l'obtention du diplôme auquel ils prétendent. »

Vu les rapports du sénateur préfet de la Seine, du sénateur chargé de l'administration du département des Bouches-du-Rhône, des préfets des départements du Var et de l'Hérault, du vice-recteur de l'Académie de Paris et des recteurs des Académies d'Aix et de Montpellier ;

Considérant que, pendant l'épidémie cholérique qui a sévi à Marseille, à Toulon, à Arles et à Paris, un grand nombre d'étudiants appartenant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, à la Faculté de médecine de Montpellier, à la Faculté de médecine et à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, ont fait preuve d'un dévouement digne d'éloges ; qu'il appartient à l'administration de l'instruction publique d'honorer leur conduite par un témoignage public ;

Considérant que si tous ont prodigué leurs soins aux victimes du fléau, l'abnégation des étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier, qui, à l'époque des vacances, ont quitté leurs familles pour aller au loin s'exposer au danger, comporte une mention exceptionnelle ;

Considérant que M. Jacquemet, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, s'est spontanément rendu à Toulon pour diriger et partager le dévouement des élèves ;

Arrête :

Art. 1er. Est nommé officier de l'instruction publique, M. Jacquemet, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

Sont nommés officiers d'Académie :

MM. Massol, étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier ; Brière, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 2. Des ouvrages scientifiques, portant la mention qu'ils sont donnés à titre de souvenir des services rendus pendant l'épidémie cholérique de 1865, seront décernés au nom du ministre de l'instruction publique ;

1° A M. Jacquemet, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier ;

2° Aux étudiants dont les noms suivent :

Services rendus à Toulon. — Etudiants de la Faculté de médecine de Montpellier : MM. Gayat, nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret du 5 décembre 1865 ; Massol, Hypolite, Girard, Jausion, Ferran, Loaisel de Saulnays, Autar, Azémar, Miran.

Services rendus à Arles. — Etudiants de la Faculté de médecine de Montpellier : MM. Benoît, Watering, Fanton.

Services rendus dans les hôpitaux de Paris. — MM. Legros et Lelion, étudiants de la Faculté de médecine de Paris, nommés chevaliers de la Légion d'honneur par décret en date du 5 décembre 1865 ; Brière, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 5. La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 1er janvier 1866, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude, diplôme), est accordée aux étudiants dont les noms suivent :

Services rendus à Marseille. — Etudiants de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille : MM. Jaillcu, d'Hurlaborde, Marcorelles, Coste, Bontan, Eyriès, Nicolas, Garcin.

Services rendus à Toulon. — Elèves de la Faculté de médecine de Montpellier : MM. Gayat, Massol, Hypolite, Girard, Jausion, Ferran, Loaisel de Saulnays, Autar, Azèmar, Miran, Gambon, Fale, Masse.

Services rendus à Arles. — Etudiants de la Faculté de médecine de Montpellier : MM. Benoît, Watering, Fanton, Olier, Dutrénit, Vallat, De la Chataigneraie.

Services rendus dans les hôpitaux de Paris. — Etudiants de la Faculté de médecine de Paris : MM. Legros, Lelion, Brièro, Choyanx, Legroux, Lemaître, Bouffard, Spiess, Lévêque, Zaepffel, Jaubert, Gorski, Caresme, Hallopeau, Duprat, Carrière, Meuriot, Besnier, Roques, Hayem, Anger (Théophile), Derlon, Droin, Paris, Fortin, Jolly, Bergeron, Briançon, Fredet, Michellet, Tardieu.

Etudiants de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris : MM. Byasson, Jungfleisch, Bonnefon, Géraudel, Gindre.

V. Duruy.

Fait à Paris, le 1er janvier 1866.

M. le docteur Antonio Vio Bonato vient d'être décoré, par le roi d'Italie, de l'ordre de Saint-Maurice et Saint-Lazare, pour soins donnés à la colonie italienne, demeurant à Paris, pendant la dernière épidémie cholérique.

M. Pihan-Dufeillay (Dunstan-Marie-Octave), chargé du cours de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur titulaire de ladite chaire (emploi vacant).

Il vient de se fonder à Bordeaux une Société de médecine et de chirurgie pratiques sous le nom de *Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux.* Cette Société a pour but la centralisation et la publication des faits cliniques, et nous ne doutons pas qu'elle ne rende les mêmes services que la Société médicale des hôpitaux de Paris et la Société de chirurgie. Rien que par la liste des membres fondateurs, qui comprend l'élite du corps médical bordelais, le succès de cette œuvre nous paraît assuré.

Nous annonçons la bien triste nouvelle de la mort de M. le docteur Vosseur, trésorier de l'Association des médecins du département de la Seine, œuvre à laquelle, depuis la création, il donnait son dévouement, ses soins et son zèle. La dignité et l'honorabilité médicales perdent en M. le docteur Vosseur l'un de leurs plus complets représentants.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des indications des alcooliques à hautes doses dans les maladies aiguës, et, en particulier, dans la pneumonie (2e article).

Par M. le docteur E. Trastour, professeur adjoint de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

> Le praticien qui n'a pas su vaincre la terreur que lui inspire la médication stimulante, terreur qu'un enseignement erroné lui a inculquée de longue date, est incapable de traiter une maladie générale ou même une inflammation locale secondaire.
>
> W. Stokes (*Traité des maladies du cœur*, p. 91, traduit par le docteur Sénac).

DE LA MÉDICATION ALCOOLIQUE DANS LA PNEUMONIE.

En médecine, plus qu'en aucune autre science, il faut se garder de l'esprit de système. Aussi répéterai-je ici, tout d'abord, que je suis loin d'abandonner et de proscrire la thérapeutique ordinaire et classique des phlegmasies pulmonaires.

Mais il y a bien des différences entre les *pneumonies;* il ne suffit même pas de noter la forme de la maladie, l'âge des sujets, pour que l'indication thérapeutique soit nettement posée; car les conditions individuelles peuvent la modifier du tout au tout. Il n'y a donc point et il ne peut y avoir un traitement uniforme et invariable de la pneumonie. Presque tous les médecins sont d'accord à cet égard. Pour ma part, j'admets encore l'utilité des émissions sanguines, des antimoniaux, de la digitale, des vésicatoires, du musc, etc. Tous ces moyens ont leur opportunité. Je ne comprends pas plus la proscription absolue de la saignée, par exemple, que son emploi constant et systématique. Magnus Huss a, suivant moi, bien défini les limites qu'il convient de lui donner. « A la période de congestion, dit-il, il y a chance de prévenir l'hépatisation par les émissions sanguines; il ne faut donc pas les négliger. Mais quand l'hépatisation rouge existe, souvent la saignée nuit; souvent on peut pratiquer l'expectation (1). »

M. Marcy dit qu'il est irrationnel de traiter ainsi des phlegmasies locales par des émissions sanguines qui épuisent l'économie entière; mais, à un autre endroit de son livre, il en justifie l'usage, sans

(1) Magnus Huss, *Arch. gén.*, mars 1863, *Sur la pneumonie*, 1840-1845.

s'en douter, en insistant sur la distension extrême du système veineux et des cavités droites du cœur, qui se présente toutes les fois que la circulation pulmonaire est entravée, ou qu'une partie des vaisseaux du poumon est oblitérée. Il est inutile de rappeler les avantages et les inconvénients des autres médications usitées dans la pneumonie.

Il me suffit d'avoir dit comment j'envisage le traitement de cette maladie; je laisse parler les faits pour spécifier les cas où l'emploi des alcooliques est permis ou même désormais commandé par l'expérience.

Obs. I. *Pneumonie au troisième degré; abcès pulmonaires; purpura hæmorrhagica. Médication alcoolique; guérison.* — Geffroy, manœuvre, âgé de trente-huit ans, lymphatique, est pris, après quinze jours de malaise, le 13 avril 1865, d'une pneumonie à droite. Il entre, le 17, à l'Hôtel-Dieu; le 18, on trouve du souffle bronchique et du râle crépitant sous l'aisselle droite. Je passe sur les autres symptômes.

Il prend, pendant quatre jours, 25 centigrammes de poudre de digitale et autant de tartre stibié.

Le 23 (dixième jour de la pneumonie), un grand affaiblissement est survenu; de nombreuses taches de purpura se montrent sur le ventre et les jambes; crachats d'une teinte grise, purulente, quoique la fièvre ait cessé et que le malade prenne déjà du vin.

Le 24, ces symptômes fâcheux sont encore plus prononcés; la faiblesse est très-grande; le point de côté et la fièvre ont reparu; le râle crépitant et le souffle bronchique sont encore constatés. Il y a de nouveaux frissons qui font craindre une résorption putride. — On continue le vin et les aliments; mais on prescrit alors, sous le nom de *potion de Todd :*

Eau sucrée...............................	100 grammes.
Cognac....................................	80 grammes.
Sirop de quinquina........................	30 grammes.

A prendre, dans la journée, par cuillerée à bouche, d'heure en heure.

Pendant cinq jours, le malade prend ainsi la potion alcoolique qu'il supporte parfaitement. La débilitation inquiétante disparaît peu à peu, mais les crachats purulents et les taches de purpura ont duré longtemps, et ont déterminé l'emploi de plusieurs autres médications : tannin, perchlorure de fer, etc. La convalescence a été longue et pénible; mais le malade, à la fin de mai, est sorti guéri, après avoir rejeté, pendant deux jours, de nouveaux crachats sanieux, où le mélange du sang et du pus était évident, ce qui a confirmé l'idée d'abcès pulmonaires successifs, que nous avions admise. — J'ai revu dernièrement ce malade, il était en parfait état.

Quand l'hépatisation grise commence, dit Magnus Huss, que j'ai déjà cité, il faut agir avec toutes ses ressources, *prudenti audaciâ.*

Au lieu de la térébenthine, à laquelle l'auteur suédois accorde alors souvent la préférence, j'ai cru devoir essayer l'alcool, et je suis resté convaincu qu'il avait réellement sauvé la vie à ce malade.

Obs. II. *Pneumonie de vieillard; symptômes adynamiques. Médication alcoolique; guérison.* — Godard, roulier, âgé de soixante-quatre ans, pris, le 16 avril 1865, de pneumonie, entré le 20 à l'Hôtel-Dieu, présenta de suite une langue sèche, fendillée, du subdélirium le soir, pas d'expectoration. Les deux tiers inférieurs du poumon gauche en arrière étaient envahis et offraient des râles crépitants, sous-crépitants, du souffle bronchique et de la bronchophonie. Le pouls était assez résistant, la peau chaude; 112 pulsations. Le malade, vu son âge et ses apparences extérieures, ne fut pas saigné, mais soumis au tartre stibié et à la digitale, comme le précédent (25 centigrammes de chaque, par jour, en cinq doses).

Le 22, troisième jour du traitement, sixième jour de la pneumonie, le malade est plus faible; le pouls, plus fréquent, mais moins ferme; il y a eu des selles nombreuses; la langue, devenue humide un jour, est sèche de nouveau. Quelques crachats visqueux, couleur abricot, sont rejetés; abattement considérable.

Du bouillon, du potage, du vin sont continués à ce malade; mais, de plus, on lui administre la potion de Todd (60 grammes de cognac seulement).

Le 24. Il y a une amélioration notable; langue humide; 76 pulsations; mais il y a eu encore du délire dans la nuit précédente, et les signes perçus par l'auscultation sont les mêmes.

Le délire a cédé, les jours suivants, à l'alimentation.

La potion de Todd a été continuée jusqu'au 28 (pendant six jours).

Le 4 mai, le malade sortait de l'hôpital.

M. Béhier a noté que plusieurs de ses pneumoniques, traités et guéris par l'alcool, étaient des vieillards qui, vu l'étendue de la phlegmasie, la prostration profonde et le délire, couraient les plus grands dangers. Le fait précédent m'a semblé confirmer l'utilité des alcooliques dans ces circonstances si graves.

Obs. III. *Pneumonie occupant tout le poumon droit; adynamie, stupeur, refroidissement du malade; craintes de pneumonie chronique. Médication alcoolique prolongée; guérison.* — Béron, manœuvre, vingt-neuf ans, entré le 19 juin 1865 à l'Hôtel-Dieu, malade depuis une semaine, est dans un abattement profond, le 20, à la visite du matin; peau froide aux extrémités et à la figure; nez légèrement cyanosé, pommettes pâles; pouls mou, fréquent; oppression; point de côté vers le mamelon droit; crachats verdâtres. Matité et souffle tubaire du sommet à la base du poumon droit, en arrière; râle crépitant à la partie inférieure des deux poumons. Langue sale, jaunâtre; vomissements et diarrhée; sclérotiques un peu jaunes. Urine très-rouge, contenant une assez grande quantité d'albumine.

La veille, l'interne avait prescrit à ce malade une potion kermétisée et un vésicatoire n° 4.

En raison de la prostration extrême qu'il présente, j'ordonne du vin, du bouillon, du potage, et, de plus, la potion de Todd :

Eau....................................	100 grammes.
Cognac.................................	80 grammes.
Sirop de quina..........................	30 grammes.

Le 21. Même état de faiblesse, cinq ou six selles diarrhéiques; urine albumineuse; face pâle, nez très-froid; pouls dépressible, 116 pulsations; oppression aussi grande; râle crépitant, partout en avant et sur le côté, souffle en arrière à droite. Crachats visqueux, verdâtres. Même traitement. La potion de Todd est renouvelée le soir. Le malade prend ainsi 160 grammes d'eau-de-vie en vingt-quatre heures.

Chaque matin, je m'attendais à apprendre la mort de cet homme. Du 20 au 28, il fut ainsi soutenu par les alcooliques. Un accès de fièvre ayant eu lieu le 27; l'état général étant moins grave, les symptômes locaux s'amendent aussi; le pouls de 132 pulsations, notées le 23, étant tombé à 88; la respiration, de 50 mouvements respiratoires qui avaient lieu par minute, le même jour, étant revenue à 36, j'abandonne l'alcool et je prescris, pendant plusieurs jours, du sulfate de quinine (0gr,50 à 0gr,75), et du vin de quinquina (40 grammes).

Le 5 juillet, l'affaiblissement a reparu; on constate depuis quelques jours, sous la clavicule droite, un son tympanique à la percussion, et du souffle broncho-caverneux, très-fort, des râles bullaires, gros et fins, à timbre éclatant, un retentissement très-marqué de la voix; 98 pulsations; 44 respirations par minute; crachats jaunâtres, visqueux

Je reviens à la potion de Todd, qui est encore continuée pendant quinze jours. Dès le 8, l'état général s'était de nouveau amélioré, le malade avait commencé à manger; mais les phénomènes physiques constatés sous la clavicule droite continuaient, et pouvaient faire craindre une pneumonie chronique et son pronostic si grave.

La résolution de la phlegmasie pulmonaire fut très-lente, mais à la fin de juillet elle était complète; le souffle broncho-caverneux, le son tympanique sous-claviculaire n'existaient plus et le malade sortait dans un état satisfaisant.

Obs. IV. *Pneumonie double, compliquant la rougeole au dixième jour. Médication complexe et variée ; alcooliques donnés largement, avec avantage, pendant plus d'une semaine ; guérison.* — Une petite fille de onze ans, délicate et pâle, sujette à des rhumes fréquents et toujours très-longs, fut prise, au commencement de mai 1865, d'une rougeole assez bénigne. Sans imprudence, sans cause appréciable, le dixième jour se manifesta une pneumonie à la base du poumon droit. Souffle tubaire, râles crépitant et sous-crépitant, points de côté, douleur sternale, oppression extrême; 96 respirations par minute; 140 pulsations; expectoration catarrhale peu abondante; voix éteinte; la malade ne parle que tout bas; et cependant, au mi-

lieu de tous ces symptômes inquiétants, physionomie calme, peu altérée. 4 grammes de kermès en trois jours; trois vésicatoires sur le thorax; deux autres aux jambes; une potion contenant :

Acétate d'ammoniaque......................	15 grammes.
Teinture de digitale.........................	30 gouttes.
Infusion de polygala.........................	100 grammes.
Sirop de quinquina..........................	50 grammes.

n'ayant produit aucun amendement, la malade étant menacée de suffocation au moindre mouvement qu'on lui imprime et s'affaiblissant sensiblement, on prescrit, le 10 mai, le soir (cinquième jour de la pneumonie) : deux cuillerées à café de vin de Malaga ou de Constance, toutes les heures, immédiatement après la cuillerée de potion.

Dès le lendemain matin, amélioration sensible; 120 pulsations seulement; 76 respirations. — Etat général plus satisfaisant, état local sans changement. On commence à alimenter la malade avec du bouillon au tapioca; deux cuillerées à café de vin de Bordeaux et de vin de Constance sont données alternativement, toutes les heures, après la potion.

On soutint ainsi la malade par le vin, auquel on associa bientôt des aliments légers, autres que les potages. En quatre ou cinq jours, elle but une bouteille de Constance, sans compter le vin de Bordeaux.

L'accélération de la respiration et de la circulation continuant, on dut ensuite ajouter à la médication alcoolique le musc, l'eau de laurier-cerise, le papier nitré; mais le danger était alors conjuré. — Les honorables confrères qui ont vu avec moi cette malade, MM. Gicqueau et Charruau, ont pensé, comme moi, que les vins généreux consommés largement par la petite malade avaient certainement contribué pour une bonne part à la sauver.

Je joins à l'observation précédente un autre fait pour prouver que les enfants de l'âge le plus tendre peuvent parfois aussi présenter l'indication des alcooliques à haute dose.

Obs. V. Un enfant de quatorze mois était pris depuis quelques jours d'une bronchite ou d'une broncho-pneumonie. Son état ne semblait pas inquiétant. Une nuit, l'enfant parut plus oppressé; M. Gatterre, le médecin ordinaire, fut appelé et administra le kermès. En s'en allant, le matin, il laissa aux parents une ordonnance pour avoir 5 centigrammes de tartre stibié, en cas de besoin. Le père, voyant son enfant plus oppressé, lui administre lui-même ces 5 centigrammes d'émétique dans l'espace d'un quart d'heure, vers midi.

Une heure après, je suis appelé, en toute hâte, près de cet enfant. Le père me dit : « Montez, si vous voulez; mais mon enfant expire. » — L'enfant était, en effet, mourant; presque sans respiration, sans pouls, sans couleur, sans chaleur, insensible aux excitants mis sur la peau ou sous le nez.

M. Gatterre, qui arrive bientôt, et moi, nous faisons verser dans

la bouche de cet enfant une petite cuillerée à café de vin de Constance. On recommence au bout de quelques minutes; bientôt, on s'aperçoit qu'il se ranime un peu, qu'il avale. On continue le vin de Constance, de telle sorte que, dans l'espace de deux ou trois heures, cet enfant de quatorze mois en avala à peu près un cinquième ou un quart de bouteille. — Quand nous le revîmes, le soir, avec notre collègue, le docteur Mahot, il était ivre; mais il avait toussé, il avait vomi. Dans la nuit, il y eut plusieurs selles. Le danger disparut peu à peu.

On voit de quels secours peuvent être les alcooliques contre les effets dépressifs du tartre stibié, qui s'observent quelquefois chez les adultes, mais plus souvent encore chez les enfants.

Obs. VI. La femme Chevalier, quarante-deux ans, journalière, mère de six enfants, très-maigre, épuisée par la faim et la misère, entre à l'Hôtel-Dieu, le 11 octobre 1865, pour une pneumonie qui date de quatre jours.

Le 12. Douleur vive vers le mamelon droit; crachats couleur abricot; pouls petit, à 120; pas de chaleur de la peau; pas de rougeur de la face; faiblesse très-grande. Matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, en arrière; souffle bronchique et râle crépitant dans les mêmes points; de plus râle crépitant, en avant et en bas, des deux côtés. Un peu de diarrhée.

Un vésicatoire dans le dos et un looch ont été prescrits la veille par l'interne.

Je prescris: bouillon; léger potage; vin rouge.

Potion de Todd (eau, 100 grammes; cognac, 100 grammes; sirop de quinquina, 30 grammes).

Une cuillerée toutes les heures.

Le 13. Mieux, moins affaissée; un peu de coloration des pommettes; pouls plus résistant, à 96; crachats plus faciles; moins d'oppression, pas de selles. Même traitement.

Le 14. Hier soir, fièvre vive; rougeur de la face; le point de côté, à droite, avait reparu. L'interne a fait suspendre la potion de Todd, l'a remplacée par une potion kermétisée, et a prescrit, de plus, un deuxième vésicatoire. Ce matin, pouls petit, à 92; pas de rougeur ni de chaleur; langue humide, plusieurs selles en dévoiement. Crachats rouillés assez abondants.

Râle crépitant du haut en bas du poumon droit en arrière, et aussi sous la clavicule.

Prescription: achever la potion de Todd d'hier. Bouillon; vin.

Le 15 et le 16. Mieux; 84 pulsations; le râle crépitant persiste. Une potion de Todd à 60 grammes de cognac par jour.

Le 17. Les crachats ne sont plus rouillés; mais du souffle bronchique a reparu vers l'épine de l'omoplate à droite. 84 pulsations; appétit. — Une portion.

Le 23. La malade est en pleine convalescence; elle mange deux portions; s'est levée hier. Mais quoique le pouls soit à l'état normal depuis quatre ou cinq jours (72 pulsations), il y a toujours du souffle

et du râle crépitant, en arrière, vers la partie moyenne et la base du poumon droit.

En huit jours, cette malade a pris, en tout, 440 grammes de cognac et a eu trois vésicatoires.

Elle est sortie le 28, conservant encore les mêmes signes d'engorgement pulmonaires, mais très-bien d'ailleurs. Le 11 novembre, cette femme vient chez moi ; le souffle bronchique a disparu, mais il y a encore des râles muqueux à la base du poumon droit.

Les indications des alcooliques, dans les faits qui précèdent, m'ont paru bien évidentes : la faiblesse des sujets, l'absence de réaction, la pâleur de la face, le refroidissement de la peau, les crachats purulents faisant craindre l'hépatisation grise, l'étendue de la phlegmasie, l'improbabilité d'une résolution spontanée, la vieillesse, la dépression excessive causée par les antimoniaux, voilà ce qui m'a décidé à recourir à cette médication, dont les effets, énergiques et rapides, ont été avantageux pour les malades. Il est impossible de donner des règles fixes pour l'emploi des alcooliques dans la pneumonie; mais tout le monde comprendra leur utilité en voyant la modification salutaire qu'ils opèrent, dans des cas comme ceux que j'ai cités, et il sera facile à un médecin, judicieux et expérimenté, de s'arrêter à temps pour ne pas produire une *irritation pulmonaire alcoolique*, trop latente.

En définitive, je n'adopte ni ne conseille l'emploi systématique des alcooliques. Souvent, j'ai commencé la médication tout différemment : par exemple, par le tartre stibié uni à la digitale, médicaments que j'emploie volontiers quand la saignée *n'est pas* ou *n'est plus* possible, leur trouvant l'avantage de diminuer d'un tiers, d'une moitié, et cela quelquefois du jour au lendemain, le nombre des pulsations cardiaques. M. Marey, qui a noté les contractions rapides et inutiles que le cœur subit quand la circulation pulmonaire est entravée, peut enregistrer ce résultat thérapeutique.

Mais, je le demande, quand, en présence d'une pneumonie qui ne marche point à la résolution, on voit les forces du malade décliner, quand il y a des accidents ataxo-adynamiques, quand les moyens ordinaires sont d'avance jugés inutiles, insuffisants ou dangereux, comment n'emploierait-on pas désormais les alcooliques ?

Pour ma part, je considère leur emploi, *large* et *méthodique*, comme une ressource nouvelle et précieuse, dans le cours des maladies aiguës, et de la pneumonie en particulier, toutes les fois qu'il y a *dépression des forces*; que cette dépression résulte de l'âge, de la maladie, de la médication ou de toute autre cause.

Mais je subordonne toujours la médication alcoolique à l'état gé-

néral plutôt qu'à l'état local; et il faudrait bien se garder de la continuer jusqu'à disparition des signes physiques de l'engorgement pulmonaire, lequel, d'après les faits que j'ai cités, pourrait ainsi être entretenu et peut-être augmenté; cet état du poumon n'empêchant point d'ailleurs l'achèvement de la convalescence.

On me reprochera peut-être de ne citer ici que des succès. J'ai bien donné, dans quelques cas, l'alcool à des pneumoniques qui ont succombé; mais, jusqu'à présent, ces cas malheureux n'ont été observés par moi que lorsque les malades étaient ainsi traités *in extremis*. Si, en un jour, cette médication pouvait ressusciter des mourants, ce serait trop beau.

Voici maintenant une observation remarquable de pleurésie, survenue dans les conditions les plus fâcheuses, et terminée cependant heureusement, grâce à l'alcool.

Obs. VII. *Pleurésie hémorrhagique et purpura, succédant à une fièvre typhoïde, compliquée de gangrène de la peau de la verge; thoracentèse; reproduction de l'épanchement; traitement alcoolique; guérison.* — Calvet (Julien), trente et un ans, manœuvre au chemin de fer, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 31 mai 1865. Le début de la fièvre typhoïde remontait à huit jours. Le quinzième jour, apparut, sur le dos de la verge, un point gangréneux qui progressa peu à peu, et finit, en dix jours, par la chute de la plus grande partie de la peau du pénis. Pendant ce temps, abattement, stupeur, faiblesse extrême, délire, etc., symptômes qui sont combattus par différents antiputrides : tannin, alcoolature d'aconit, vin de quinquina, mais surtout par l'eau-de-vie. Chaque jour le malade prenait 50 à 60 grammes de cognac dans 100 grammes d'infusion de café noir ou dans sa potion d'aconit.

Le 25 juin (trente-deuxième jour de la maladie), la cicatrisation de la verge faisait quelques progrès; mais l'état général était toujours mauvais. La diarrhée continuait, et la faiblesse était extrême.

Le 26. Epistaxis abondantes. Point de côté à droite; frisson, fièvre; oppression.

Les jours suivants, tous les signes d'un épanchement considérable dans la plèvre droite se montrèrent, et, en raison des épistaxis antérieures et de taches de purpura survenues aux jambes, on supposa qu'il y avait une pleurésie hémorrhagique. On continua le même traitement.

Le 5 juillet, vu l'imminence de l'asphyxie, la thoracentèse est pratiquée par notre collègue M. Heurtaux. 1,800 grammes d'un liquide séro-sanguinolent sont retirés. Ce liquide, conservé jusqu'au lendemain, ne présenta point de caillot; mais, au fond du vase, un dépôt de globules sanguins, mélangés avec une petite quantité de fibrine, restée fluide.

Pendant deux ou trois jours, le côté droit de la poitrine resta

sonore en haut et en avant; mais bientôt la matité, le souffle bronchique, etc., se reproduisirent comme avant l'opération.

Les membres inférieurs étaient enflés; le pouls fréquent, 116 pulsations par minute. La verge, néanmoins, se cicatrisait peu à peu.

A partir du 10 juillet, le malade prend 15 gouttes de perchlorure de fer liquide à 30 degrés dans 100 grammes d'eau sucrée, outre le vin de quinquina (60 grammes), du vin rouge, du bouillon, de la soupe, et la potion contenant 45 grammes d'alcoolature d'aconit et 80 grammes de cognac.

A la fin du mois, il était rétabli; l'épanchement pleurétique s'était résorbé, la verge était cicatrisée, les jambes désenflées. Bientôt cet homme put aller en convalescence dans son pays.

La médication alcoolique a dû être continuée pour lui pendant plus de quarante jours.

A l'exemple et suivant les préceptes de Stokes, je n'ai pas craint de recourir plusieurs fois à la médication alcoolique dans les maladies aiguës et chroniques du cœur. Ainsi, dans deux cas, de péricardite récente avec épanchement, je fus conduit à l'emploi de la potion de Todd, par la rapidité, la faiblesse et l'irrégularité du pouls. J'avais pour but de soutenir l'énergie des fibres musculaires du cœur et de prévenir une syncope qui pouvait être fatale. Les deux malades guérirent de la péricardite et sortirent de l'Hôtel-Dieu. Mais, six semaines ou deux mois après, ils y rentraient, et, au bout de quelques jours, ils mouraient tous les deux subitement dans nos salles.

Dans les deux cas, on constata, à l'examen nécroscopique, des traces non douteuses de péricardite (plaques blanches nombreuses, quelques-unes comme cartilagineuses, reste d'épanchement séreux en quantité notable). Mais, chez l'un des sujets, il y avait, en outre, un rétrécissement mitral, une légère insuffisance aortique, caillot adhérent dans l'oreillete gauche, de nombreux noyaux d'apoplexie pulmonaire, etc. Chez l'autre, il n'y avait qu'une dégénérescence graisseuse très-prononcée, avec amincissement, mollesse et dilatation des parois du cœur.

Je dois dire que, dans ces deux faits, l'action de l'alcool a été nulle sur le pouls, qui n'a été ni ralenti ni régularisé. Je ne persiste pas moins à croire que le vin et l'alcool étaient ici bien indiqués.

Obs. VIII. — Je voyais encore récemment, avec le docteur Charruau, un vieillard de soixante-trois ans atteint d'une pleurésie, à gauche, datant de douze ou quinze jours. Malgré trois larges vésicatoires, des pilules purgatives qui produisaient des selles nombreuses et abondantes, du vin diurétique amer, etc., l'épanchement croissait au lieu de diminuer. Ainsi nous avons un jour constaté,

sous la clavicule, une sonorité tympanique. Le lendemain, il y avait matité complète, même au niveau de la clavicule. Oppression très-grande, suffocation au moindre mouvement; peu de toux; pas de crachats; respiration faible ou nulle à la partie supérieure de ce côté du thorax, soufflante en bas et accompagnée de broncho-ægophonie; peu ou pas de vibration thoracique; affaissement notable du côté malade; il y avait eu, du même côté, une pneumonie de longue durée, en 1849.

De plus, voussure de la région précordiale; bruits du cœur sourds, faibles, irréguliers, d'une fréquence modérée; soupçon de quelques frottements du péricarde. Pouls irrégulier, intermittent, peu résistant. La syncope, dont j'ai observé plusieurs cas mortels dans ces pleurésies du côté gauche, nous préoccupait beaucoup, d'autant plus qu'il y avait lieu de craindre un épanchement dans le péricarde lui-même.

En continuant les moyens énoncés plus haut, nous ordonnâmes au malade, homme très-sobre, de boire chaque jour une demi-bouteille de bon vin blanc de Vallet et une demi-bouteille de vin rouge de Bordeaux. Bientôt une diurèse très-abondante se joignit aux selles provoquées par les pilules purgatives; la sonorité revint sous les clavicules et s'étendit plus bas; tous les symptômes diminuèrent. En huit jours de ce régime, l'épanchement disparut presque totalement. Le pouls et le cœur ont retrouvé leur énergie, mais ils présentent encore quelques irrégularités.

Le malade est en pleine convalescence.

Dans les maladies chroniques du cœur, les alcooliques sont aussi trop négligés. Stokes et, après lui, mon ami le docteur Mauriac dans son excellente thèse[1], ont, avec raison, beaucoup insisté sur l'état des fibres musculaires, des vaisseaux et des nerfs du cœur, par rapport aux lésions organiques des orifices. Le pronostic dépend moins des obstacles mécaniques au cours du sang que des altérations du tissu cardiaque lui-même.

Par conséquent, Stokes invoque souvent, à juste titre, la médication stimulante, le vin surtout, comme le meilleur soutien de l'énergie fonctionnelle du cœur.

J'ai plusieurs fois déjà vérifié l'exactitude et la valeur de cette indication thérapeutique.

Pour conclure, je dirai, avec le même auteur, qu'il n'est aucune inflammation locale qui contre-indique d'une façon absolue l'administration du vin, lorsque l'état général du malade réclame l'emploi de cet agent [2]. J'ajoute, après M. le professeur Béhier, que *l'usage prolongé, mais prudent et méthodique,* de l'alcool lui-

---

(1) Mauriac, 1860, *Essai sur les maladies du cœur.*

(2) Stokes, *loc. cit.*, p. 88.

même, à hautes doses, est une ressource de grande valeur qu'il faut *savoir* et *oser* utiliser dans les maladies aiguës.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du pansement des plaies et des ulcères par la ventilation.

Par M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de 1re classe de la marine.

M. le professeur Bouisson a proposé dans le courant de l'année 1861 (1) un nouveau mode de pansement des plaies qu'il croit capable de donner, dans certaines circonstances, de bons résultats. J'ai voulu essayer ce moyen pour me faire expérimentalement une opinion sur sa valeur, et j'ai vu, quand j'opérais dans certaines conditions, la guérison survenir avec une rapidité et une facilité telles, que je pense être utile aux praticiens en appelant leur attention sur la méthode du savant professeur de clinique de la Faculté de Montpellier.

Dans ce travail, je vais procéder de la manière suivante :

1° Je rapporterai, *in extenso*, trois observations de ventilation; par leur lecture, mieux que par de longs raisonnements, on verra d'abord ce que cette ventilation est capable de donner, dans certains cas déterminés;

2° Je parlerai du *modus faciendi* de la ventilation pour fixer les idées sur les détails opératoires du procédé;

3° Je m'occuperai de l'action locale et générale, primitive et secondaire de cette ventilation, et j'arriverai ainsi naturellement à aborder le quatrième point.

La question présentée ainsi est, j'espère, dans de bonnes conditions pour être étudiée.

Le moment est bien choisi pour s'en occuper; les corps gras, ébranlés par les expériences qui se font depuis deux ans dans quelques hôpitaux de Paris, vont peut-être perdre considérablement de l'importance que des idées théoriques leur donnèrent au siècle dernier; et, c'est alors que l'esprit des chirurgiens est en quête des agents réellement utiles pour la cicatrisation, qu'il est opportun de leur en présenter un remarquable, au moins par son extrême simplicité; d'autant qu'on peut le croire, dès à présent, capable de devenir, dans certaines circonstances, un adjuvant très-efficace des pansements à l'alcool.

(1) Bouisson, *Tribut à la chirurgie*, t. II, p. 153.

Obs. I. *Plaie contuse à la jambe gauche; ventilation.* — Luciani (César), âgé de vingt-quatre ans, matelot de 3e classe. En 1852, ce matelot, débarquant d'un canot sur des rochers que frappait une mer houleuse, tomba, et se fit à la jambe gauche une vaste plaie. Cette plaie, assez profonde en certains endroits, mit plus de quatre mois à se fermer, et la guérison ne s'obtint qu'au prix d'une vaste cicatrice adhérente, peu solide, triangulaire et de 16 centimètres de longueur à la partie moyenne de la crête du tibia.

Depuis, à huit ou dix reprises, Luciani s'est blessé encore à cette jambe, et chaque fois il lui a fallu attendre la cicatrisation de la plaie pendant vingt-cinq à cinquante jours.

Le 8 octobre 1859, il eut la jambe gauche exposée au frottement d'une corde, et la cicatrice fut de nouveau déchirée assez profondément. Cependant il continua quelques jours à travailler sur le pont.

Le 13 octobre, il se présente à la visite du matin. Au moment de donner les premiers soins à cette plaie, j'observe attentivement la jambe malade, et je constate l'état suivant :

Le bord antérieur de cette partie du membre inférieur est couverte d'une cicatrice noirâtre triangulaire de 16 centimètres de hauteur, gonflée à son pourtour. Cette cicatrice est adhérente à l'os, et on sent au toucher la crête du tibia émoussée et bosselée, tandis qu'au-dessus de la malléole interne l'os paraît comme augmenté de volume; altérations qui démontrent que lors de la première blessure, l'os ou au moins son périoste fut atteint sérieusement. Cette fois, l'épiderme et une bonne partie du derme ont été enlevés dans une étendue de 12 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur, et à la partie inférieure de cette écorchure est un point du diamètre d'une pièce de 5 francs, où la perte de substance est plus profonde encore. Une croûte brune et sanguinolente peu épaisse recouvre toutes les parties exonérées; quelques taches de sang desséché souillent les parties voisines; toute la cicatrice est violacée et contuse. Il y a du gonflement; la jambe est douloureuse et le malade boite légèrement. Un grand cataplasme est appliqué dans le but de nettoyer parfaitement la région.

Le 14 octobre, le cataplasme a fait tomber toute la croûte; l'excoriation légère constatée la veille est presque cicatrisée, mais le point où la perte de substance était plus profonde, présente une place ronde à fond déprimé et suppurant; les bords de la solution de continuité sont minces et luisants; les alentours sont toujours le siége d'une certaine irritation et d'un peu de gonflement; la ventilation à l'aide du soufflet ordinaire est pratiquée à quatre reprises dans la journée pendant dix minutes chaque fois.

Le 15 octobre, une croûte jaune-brun peu épaisse recouvre la plaie; il y a encore un peu d'irritation des parties voisines. Les légères excoriations sont complétement cicatrisées. Ventilation.

Les 16, 17, 18 octobre, la croûte acquiert plus de consistance et d'épaisseur; son diamètre diminue, il est de 3 centimètres. Ventilation.

Le 19 octobre, la croûte est épaisse, ses alentours sont gaufrés

et tiraillés. Au-dessous d'elle est une petite quantité de liquide séro-purulent qui tend à sourdre sur les côtés. Cataplasme émollient.

Le 20 octobre, la croûte est tombée, et on voit une plaie du diamètre d'une pièce de 2 francs, superficielle, à fond un peu grisâtre, à bords minces et luisants. Ventilation.

Le 21 octobre, la croûte est reformée ; elle est jaune et mince, les alentours sont légèrement gonflés, toute irritation des parties voisines a disparu. Luciani reprend son service ; il viendra seulement trois fois par jour au poste des malades pour se faire ventiler.

Les 22, 23 octobre, la croûte devient plus épaisse, elle a diminué de diamètre. On sent encore au-dessous d'elle une petite collection de liquide. Ventilation.

Le 24 octobre, cataplasmes pour faire tomber la croûte.

Le 25 octobre, la plaie a à peine le diamètre d'une pièce de 50 centimes ; elle est rosée au pourtour, mais elle est encore un peu grisâtre au centre. Toute espèce d'irritation a disparu. Ventilation.

Les 26, 27 octobre, la croûte jaune se reforme ; cette fois, elle est adhérente à la surface de la solution de continuité, et on ne sent au-dessous aucune collection de liquide. Ventilation.

Le 28 octobre, cataplasme pour faire tomber la croûte.

Le 29 octobre. Aujourd'hui une cicatrice solide est parfaitement formée ; Luciani est complétement guéri. Il portera par précaution, à la face antérieure de la jambe, une plaque de plomb, recouverte de linge.

Le 5 novembre, Luciani est appelé pour montrer l'état de sa jambe ; il est constaté que la cicatrice a parfaitement tenu.

Obs. II. *Vaste plaie contuse de la jambe droite guérie rapidement par les applications topiques de belladone et la ventilation.* — M. le colonel*** a reçu, il y a longues années, une blessure qui lui a laissé une vaste cicatrice à la face antéro-externe de la jambe droite. Plusieurs contusions, plusieurs déchirures, un érysipèle phlegmoneux ont altéré depuis cette cicatrice à tel point, qu'actuellement toute la partie antérieure de la moitié inférieure de la jambe droite est recouverte par un tissu inodulaire violacé, mince, luisant, peu solide ; le pied droit est depuis longtemps le siége d'un peu d'œdème. Cependant la déambulation est parfaite, et M. *** peut faire sans gêne de longues et fréquentes excursions à pied.

Le 25 mai 1862, le colonel, trompé par l'obscurité, tombe dans un bassin de fontaine en démolition, et se déchire de nouveau la cicatrice.

Appelé près de lui une heure après l'accident, je constate que toute la partie antérieure de la moitié inférieure de la jambe droite est occupée par une plaie contuse, grande comme la main ouverte. Cette plaie, peu profonde, si ce n'est vers le milieu où le coup a porté plus durement, siége sur l'ancienne cicatrice qui, contuse elle-même dans toute son étendue, lui forme une auréole fauve ou livide à certains endroits ; elle saigne abondamment, elle est très-douloureuse, même au seul contact de l'air.

Je passe sous silence une foulure du poignet et quelques autres contusions étrangères à notre sujet.

Comme de pareils accidents ont tenu précédemment le colonel au lit, ont été quelquefois suivis de complications dangereuses, et au moins ont été toujours accompagnés d'inflammation locale intense, je couvre dans le but de prévenir cette inflammation locale, la plaie d'une compresse fenestrée enduite de pommade belladonée (10 grammes d'extrait de belladone pour 30) et je complète le pansement par une compresse pliée en plusieurs doubles, maintenue humide.

Une heure après le pansement, toute douleur de la plaie est éteinte, à tel point que M. *** s'endort tranquillement.

Le lendemain matin, 26 mai, aucun signe d'atropisme; la plaie est indolore tant que la jambe est dans l'immobilité; les linges sont imbibés de sang noir, la suppuration paraît devoir s'établir bientôt. Même pansement; le soir la compresse est mouillée moins fréquemment.

Le mardi 27, l'inflammation a presque complétement disparu; la cicatrice restée intacte autour de la plaie prend une coloration moins rouge; un seul point de la face interne de la jambe est encore livide et très-douloureux; c'est l'endroit où le coup a porté le plus directement; la suppuration est encore sanguinolente; pansement belladoné, suppression de la compresse humide. Le colonel quitte son lit pour rester étendu sur un canapé.

Le mercredi 28, la suppuration est établie; l'inflammation diminue rapidement, excepté au point signalé plus haut. Ventilation de dix minutes, friction très-douce avec la pommade belladonée sur le point douloureux; le tout est recouvert d'un linge très-légèrement huilé, flottant. A midi nouvelle ventilation et nouvelle friction; même pansement le soir.

Le jeudi 30, suppression de la friction belladonée. Trois séances de ventilation. Dès la première application du froid, une tendance remarquable à la cicatrisation se manifeste; à chaque pansement on voit la surface traumatique diminuer très-sensiblement; la suppuration est nulle, quoiqu'il ne se soit pas formé de croûte, mais une pellicule luisante qui disparaît dans l'intervalle de chaque pansement.

Le vendredi 31, un point cicatriciel partageait la plaie en deux. Le samedi 1er juin, au lieu de deux plaies, on en trouve trois plus petites, et enfin le mardi 3, à cinq heures du soir, au lieu de la plaie grande comme la main ouverte, il ne restait plus que deux petites plaies du diamètre d'une pièce de 1 franc, l'autre d'une pièce de 50 centimes; on pouvait raisonnablement compter que dans deux jours elles seraient cicatrisées tout à fait; elles ne suppuraient absolument pas, et étaient entourées d'un tissu inodulaire très-louable, sans plis ni bride, en un mot parfaitement semblable au tissu cicatriciel précédent.

Le colonel devant passer vingt-deux heures en chemin de fer, j'applique un pansement à recouvrement, il marche sans aucune gêne. Il est à noter qu'il avait gardé une immobilité parfaite de la jambe pendant les deux premiers jours, et qu'il n'avait marché ensuite que très-modérément et graduellement.

Arrivé à Paris, la plaie s'était accrue de nouveau; mais M. ***

recourt aussitôt à la ventilation, et en trois ou quatre jours la cicatrisation fut complète.

Depuis cette époque, M. *** s'est quelquefois blessé de nouveau à cette jambe, mais il ne fait plus appeler le médecin, il pratique lui-même la ventilation, et réussit toujours vite et bien.

Obs. III. *Ulcère à la jambe, traité par la ventilation. Guérison*[1]. — Arles (François), âgé de trente-deux ans, cultivateur, est entré à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier le 26 décembre 1858. Cet homme est porteur d'un ulcère simple à la partie externe de la jambe droite.

Il était monté sur un arbre afin d'en émonder les branches; n'ayant pas bien calculé ses mouvements de retraite, il fut atteint à la jambe par une forte branche qu'il venait do séparer du tronc. La secousse lui fit perdre l'équilibre, son pied glissa, et sa jambe se trouva prise, comme enclavée et fortement comprimée entre la branche qui l'avait déjà frappé, et celle sur laquelle il avait pris son point d'appui; il no put lui-même se débarrasser de cette étreinte, et il demeura quelques instants dans cette position, jusqu'à ce qu'on vînt le secourir. Par cela même il y eut complication, car non-seulement il y avait plaie, mais encoro il y avait eu compression très-énergique; la plaie, qui avait une large surface, présentait à son pourtour une vaste et profonde ecchymose. Toute cette partie de membre était très-douloureuse, et il lui fut impossible de marcher.

Immédiatement après l'accident, il mit sa jambe dans un bain froid.

Un médecin appelé fit des scarifications sur la jambe et la cuisse probablement pour évacuer du sang épanché, appliqua un bandage serré sur tout le membre, en ayant soin de ne pas comprendre la plaie, qui fut pansée au cérat et fournit beaucoup de suppuration. Cette plaie fut abstergée avec une solution très-étendue de nitrate d'argent, puis la poudre de quinquina et le cérat camphré servirent à diminuer la suppuration et à donner plus de vitalité aux tissus.

La plaie diminua beaucoup d'étendue, mais se transforma en ulcère n'ayant aucune tendance à la guérison.

Le malade passa près d'un an dans cet état.

Il usa sans succès d'une multitude d'onguents et de pommades suggérés par l'empirisme grossier des villageois.

Enfin il prit la résolution de fréquenter les bains de mer, et peu après une amélioration sensible était constatée. L'ulcère avait un meilleur aspect, et tendait à la cicatrisation, mais le sujet n'attendit pas sa parfaite guérison pour reprendre son travail; aussi très-peu de temps après, la jambe se tuméfia de nouveau, la suppuration se rétablit, et l'ulcère reprit sa forme et sa profondeur première.

Arrivé à l'hôpital, on prescrivit le repos absolu et on pansa l'ul-

---

[1] Je dois cette observation à l'extrême obligeance de mon ami, M. le docteur Dumoulin-Bonnal, mon second chirurgien à bord de la frégate *le Gomer*, en 1859 et 1860.

cère au cérat simple. Amélioration notable. L'ulcère fut alors recouvert de bandelettes agglutinatives qui en diminuèrent l'étendue ; mais il était impossible d'obtenir une cicatrice linéaire qui eût trop tiraillé les téguments et n'eût offert aucune solidité. On laissa donc l'usage des bandelettes, et les pansements au cérat simple furent repris ; mais la cicatrisation ne se faisait pas, et la suppuration, quoique diminuée, n'avait aucune tendance à tarir.

C'est alors qu'on eut recours à la ventilation ; un soufflet ordinaire fut confié au malade, qui ventila ainsi sa plaie quatre fois par jour pendant un quart d'heure. Dès le second jour une croûte sèche, jaunâtre, lamelleuse, s'était formée sur toute l'étendue du mal. On appliqua un cataplasme émollient pour détacher la croûte ; mais, elle enlevée, l'ulcère reparut sans aucune trace de cicatrice. Pendant huit jours le traitement au cérat simple fut prescrit, puis on pratiqua une seconde fois la ventilation, qui produisit la même croûte ; mais celle-ci, encore enlevée à l'aide d'un cataplasme, on ne constata encore aucune tendance à la cicatrisation ; la ventilation fut appliquée une troisième fois ; la croûte fut laissée pendant quatre jours en plaie, puis enlevée à l'aide d'onctions cératées et de cataplasmes émollients ; on trouva une cicatrice mince et luisante qui se fortifia tous les jours au point que bientôt le malade a pu sortir de l'établissement et vaquer à ses occupations, en ayant soin seulement de protéger contre l'injure des corps extérieurs, à l'aide d'une plaque de plomb, cette partie de son membre inférieur droit.

Pour ne pas donner une trop grande étendue à mon travail, je ne fais qu'indiquer les deux observations suivantes :

Obs. IV. *Vaste plaie contuse de la jambe. Ventilation, guérison* (insérée dans le *Montpellier Médical* de décembre 1859).

Obs. V. *Plaie superficielle et contuse du genou ; mauvais effets de la teinture d'arnica ; insuccès de la poudre d'amidon. Guérison par la ventilation.*

Je signale aussi d'un seul mot seulement quatorze autres observations de ventilation, rapportées en détail par le docteur Virgile Ritzinger, dans sa Thèse inaugurale ; Strasbourg, 1859, 2e série, n° 471.

Modus faciendi de la ventilation. — M. le professeur Bouisson trace dans son mémoire le *modus faciendi* (*loc. cit.*, p. 191) de la ventilation qui, comme on l'a vu par les observations précédentes, ne présente rien de difficile : la seule exposition à l'air suffit pour les très-petites plaies ; un soufflet ordinaire est l'instrument le plus simple, et qui m'a paru préférable pour les plaies plus étendues.

Il y a quelques années, j'ai eu la pensée de me servir d'un ventilateur particulier, mais c'était dans le but spécial de faire passer divers courants gazeux sur les plaies pour en apprécier l'action comparative. Ce n'est que dans des cas analogues, si on voulait essayer, comme l'ont fait M. Follin, MM. Demarquay et Leconte,

l'action de l'acide carbonique ou d'un autre gaz, qu'un ventilateur moins primitif que le soufflet de cheminée pourrait être préféré.

La durée de la ventilation, dit M. Bouisson, varie suivant l'étendue de la surface à dessécher et la quantité de liquide à évaporer. La force et la précipitation des mouvements de projection de l'air influent aussi sur cette durée. Toutes ces raisons se comprennent sans commentaires, mais je suis arrivé à reconnaître dans la pratique que l'humidité, bien plus que l'étendue de la plaie ou l'activité de la ventilation est la condition qui règle la durée de chaque séance, et j'insiste sur ce point, futile en apparence, pour en arriver à dire que lorsqu'on veut hâter la cicatrisation d'une plaie qui fournit une abondante sécrétion, une bonne pratique est de faire précéder la ventilation par un ou deux pansements à l'alcool; on tarit ainsi l'hypersécrétion de leucocytes, qui fait la base de la suppuration, et la méthode de M. Bouisson amène bien plus facilement, et bien plus tôt, alors, la cicatrice. En combinant ainsi ces deux moyens, je suis arrivé à guérir, dans des limites très-remarquables de temps, des plaies d'étendues diverses, et ce fait de la rapidité de la cicatrisation est loin d'être indifférent dans plus d'une circonstance. Mais revenons au *modus faciendi* de la ventilation.

En général, la séance varie de cinq à vingt minutes; elle n'est cessée que lorsque la surface traumatique est exactement recouverte d'une mince pellicule, brillante comme un vernis, très-légèrement ridée à la périphérie, où elle semble exercer une traction sur les tissus sains et, enfin, sèche au point qu'on peut appliquer sur elle, sans l'y faire adhérer, un morceau de papier de soie.

Tant que la croûte n'a pas acquis une certaine épaisseur, l'humidité tend à la dissoudre et à envahir de nouveau la plaie depuis le moment où la projection d'air est cessée, et le secret d'une bonne cure par la ventilation est de s'y opposer à mesure. Voilà pourquoi, deux, trois, quatre heures après, au plus tard, il faut recommencer l'opération dans les premiers temps.

Le savant professeur de Montpellier cherche à obtenir une croûte dont l'épaisseur ne le préoccupe pas; cette croûte est bientôt assez épaisse lorsque la plaie était profonde, qu'elle suppurait abondamment, et qu'on n'a pas fait précéder la ventilation d'un pansement à l'alcool. M. Bouisson est d'avis de la laisser en place jusqu'à la cicatrisation. Pour ma part, je me suis un peu éloigné de cette manière de faire : ainsi, je cherche à me débarrasser de la croûte dès qu'elle a une épaisseur sensible, et je mène la plaie à cicatrisation en ne la laissant envahir que par une couche pellucide

jaunâtre de lymphe plastique que, je fais tomber dès qu'elle acquiert un peu de rigidité.

Cette conduite m'a paru avoir une influence marquée sur la rapidité de la guérison; car, si, fréquemment, quand on a laissé la croûte s'épaissir notablement, on trouve en l'enlevant qu'elle est placée sur une cicatrice solide et louable; trop souvent il s'est creusé au-dessous d'elle de petits clapiers purulents, petits godets dans lesquels la lymphe subit la transformation pyoïque, et tend à éroder aux alentours, aux points où la cicatrice s'était déjà formée.

Mécanisme de la guérison. — Pour fixer les idées sur le mécanisme de la guérison, il faut rappeler en quelques mots la marche naturelle de la suppuration dans les plaies, d'après ce que les recherches modernes ont appris. Aussitôt qu'une plaie a été faite à nos tissus, il s'écoule, par les vaisseaux divisés, une hémorrhagie dont la durée et l'abondance sont en rapport avec la vascularité de la région, le calibre des tubes sanguins ouverts, etc., etc., et lorsque cette hémorrhagie a cessé, la stase phlegmasique du sang qui se développe peu après, dans les capillaires les plus voisins, commence à faire sécréter par toute la surface traumatique ce qu'on a appelé la *lymphe plastique*, le *blastème cicatriciel*, le *cystoblastème de Vogel*, qui se présente d'abord sous forme d'un liquide fibrineux assez analogue au sérum du sang dont il provient, et dans lequel apparaissent bientôt ces petits globules appelés les *leucocytes*, dont nous n'avons pas à discuter ici la provenance. Quand ces leucocytes sont en nombre suffisant, relativement aux quantités du cystoblastème liquide primitif, le pus proprement dit est constitué, la suppuration est établie.

La constitution anatomique du pus et le mécanisme de la suppuration nous montrent donc que c'est d'abord un sérum organisable qui s'épanche à la surface de la plaie. Ce sérum produit directement la cicatrice dans les cas où la guérison sans suppuration doit se faire; il est sécrété alors juste en quantité nécessaire pour la réparation; mais si sa sécrétion est surabondante par le fait d'une irritation inflammatoire qui a dépassé la limite de l'indispensable, les leucocytes apparaissent dans sa substance, soit par une sorte de fermentation particulière, soit par une nouvelle forme de la sécrétion de la plaie, suivant qu'on adopte l'opinion de tel ou tel auteur.

Ces faits étant connus, on conçoit que le meilleur moyen de diminuer ou prévenir l'abondance de la suppuration est de faire diminuer la sécrétion du cystoblastème, ou d'agir directement sur

le cystoblastème déjà sécrété, pour le rendre impropre à la transformation pyoïque. Dès lors, la théorie, elle seule, pourrait presque déjà nous montrer dans le laboratoire le médicament et le pansement les plus propres à guérir les plaies suppurantes, ce qui, soit dit en passant, pourra bien jeter une grande perturbation dans l'opinion qu'on avait naguère sur l'action de certains agents, les cérats, les onguents, quand la pratique aura montré d'une manière irréfutable les bons effets dos alcooliques dans les cas qui semblaient jusqu'ici réclamer les émollients.

Il est inutile d'ajouter que le pus, une fois formé, a une action irritante de contact que M. Chassaignac (*Traité de la suppuration et du drainage*, t. I, p. 16) a comparée à l'action irritante d'un acide sur un parenchyme; de sorte que le pus appelle la suppuration; il est ainsi de suite l'effet et la cause de l'irritation phlegmasique qui fait sécréter le cystoblastème générateur du pus.

Cette sécrétion est influencée par mille puissances. Nous ne pouvons, dans l'état actuel de la science, nous flatter de les connaître toutes. En effet, souvent telle plaie suppure plus qu'une autre ou produit une suppuration différente, sans que nous en saisissions la raison. Cependant nous commençons à connaître un certain nombre de ces influences, ce qui nous permet d'éviter çà et là un écueil, de conduire, quelquefois plus heureusement que ne le ferait la nature abandonnée à ses seules forces, la marche vers la guérison.

Une des causes de la suppuration plus abondante des plaies et, par conséquent, du retard de la cicatrisation, c'est l'action irritante du contact de l'air. On a reconnu depuis longtemps que l'air est un des agents qui accroissent la sécrétion du cystoblastème pyogénique, en augmentant la phlegmasie locale des plaies, et en agissant directement sur le pus déjà produit. Il s'oppose ainsi à la cicatrisation et expose à maints accidents. L'énorme différence qu'il y a sous ce rapport entre les plaies extérieures et les plaies sous-cutanées le prouve surabondamment, et, sans rechercher en vertu duquel de ses principes cet air agit, nous savons déjà par quel mécanisme il s'oppose à la guérison; il nous suffit, d'ailleurs, de constater l'influence fâcheuse pour chercher à y soustraire les plaies toutes les fois que ce sera possible.

C'est pour éviter le contact de l'air que bien des moyens ont été proposés à tous les âges de la chirurgie, et le blanc d'œuf, les bandelettes agglutinatives, les poudres impalpables, le collodion, les solutions gommeuses, les corps gras, la baudruche, ont été tour à

tons essayés dans ce but, et sont encore journellement utilisés avec des succès variés.

Je n'ai pas dans ce moment à comparer ces divers agents entre eux sous le rapport de leur influence sur la rapidité de la cicatrisation, travail bien intéressant à plus d'un titre, mais que je ne puis entreprendre, voulant rester dans les limites de l'action intrinsèque de la ventilation seule.

M. le professeur Bouisson a eu l'occasion, comme tout le monde, d'observer la rapidité et la simplicité avec lesquelles certaines plaies recouvertes d'une croûte et privées, pour ainsi dire, de soins, guérissent. Ce fait, qui avait été constaté depuis plus de mille ans, était resté jusqu'ici stérile dans l'application, faute d'attention. Le chirurgien de Montpellier, par un de ces hasards communs aux esprits d'élite, se prit à réfléchir sur ce phénomène, vulgaire en apparence. Il en saisit les détails, en démêla les liaisons avec les lois de la physiologie pathologique, et, découvrant ainsi le mécanisme de cet artifice de la nature, il en a fait une acquisition heureuse, un progrès pour la chirurgie.

Rien n'est simple comme la filière de ses idées, une fois qu'on est mis sur la voie; et d'un seul coup d'œil nous voyons la raison pour laquelle cette croûte est utile, sa comparaison avec les moyens artificiels d'occlusion des plaies, etc., etc. Nous n'avons pas besoin d'entrer dans de plus longs détails à ce sujet; il nous suffit d'exposer la marche de la plaie soumise à la ventilation pour faire jaillir les bons effets de la méthode.

Comme le fait observer très-bien M. Bouisson (*loc. cit.*, p. 178), on voit dès le lendemain, et souvent dès le jour même de la ventilation, la plaie changer d'aspect de la manière la plus favorable: d'abord la couche pellucide solide dont nous avons parlé se produit pendant la séance même, et si, lorsqu'elle a été résorbée complétement, nous observons la surface traumatique, nous voyons qu'elle marche vers les conditions favorables à la cicatrisation. L'abondance de la suppuration est diminuée sensiblement, et, après quelques séances, lorsque les choses marchent d'une manière convenable, on voit cette sécrétion bornée à une exsudation si peu abondante de lymphe plastique, qu'elle n'a plus la force d'humidifier et de disjoindre les parties déjà solidifiées. Elle ne presse plus la croûte qui s'est formée pendant les ventilations précédentes. Au contraire, en se solidifiant à mesure de la sécrétion, cette lymphe concourt à l'épaississement de la croûte, qui obture la plaie jusqu'à la cicatrisation complète, à moins qu'il ne se forme au-

dessous de petits clapiers qui retardent ou détruisent plus ou moins les progrès de cette cicatrisation.

En même temps que la suppuration diminue, nous voyons l'irritation de la plaie et des environs diminuer d'une manière très-notable, et comme cette irritation était elle-même une cause puissante de suppuration, il arrive qu'à son tour elle agit favorablement sur la marche de la plaie, et elle est successivement effet et cause de l'amélioration.

Si l'on a affaire à une plaie qui était le siége d'une végétation exubérante, de fongosités mollasses et saignantes, on voit peu à peu les fongosités se réprimer jusqu'à n'être plus qu'un bourgeonnement louable qui se laissera bientôt recouvrir par la cicatrice; tandis que si le travail organique semblait sommeiller dans la solution de continuité, il se réveille bientôt, et, par une excitation modérée, fournit la sécrétion de matière organisable qui amènera la guérison. Bref, sous l'influence de la ventilation, il y a une grande simplification dans les phénomènes dont la plaie est le siége, et, par conséquent, la cicatrisation ne saurait manquer d'avoir lieu rapidement.

L'observation de tous ces faits a fait prêter à la ventilation une action sédative, astringente, tonique, siccative, antiseptique, etc., dont nous devons dire quelques mots pour en finir avec le second point de notre étude, la recherche du mécanisme de la guérison dans la ventilation des plaies, quoique nous soyons disposé, ainsi que nous allons le redire, à ne voir dans les effets de la ventilation qu'une action contingente dont on individualiserait à tort les diverses particularités.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Solidification instantanée du baume de copahu et de la térébenthine.

Les produits naturels connus sous le nom de *térébenthine*, parmi lesquels il faut ranger le baume de copahu, sont formés de résines solides, ramollies par une huile essentielle. La résine et l'essence ont chacune des propriétés utiles, et on doit s'efforcer de les conserver toutes deux dans les médicaments préparés au moyen des térébenthines. Ces médicaments sont, le plus souvent, des bols ou

des pilules; parce que, sous cette forme, leur saveur désagréable est aussi atténuée que possible; mais pour couler des térébenthines en pilules, il est nécessaire de les solidifier. Pour y arriver, on peut employer deux moyens : soustraire leur huile volatile, ou l'englober dans un corps solide provenant de la combinaison des résines avec la magnésie. Le premier moyen a le grave inconvénient de diminuer l'activité de la préparation · on y a cependant recours pour la térébenthine lorsqu'on la transforme en *térébenthine cuite* par l'ébullition dans l'eau; le second moyen devrait être le seul employé, au moins pour le baume de copahu, puisque M. Roussin a démontré qu'on peut toujours le solidifier au moyen de la magnésie, à la condition de favoriser la réaction par l'addition d'une quantité d'eau convenable. D'après M. Rabot, l'opération se fait très-rapidement de la manière suivante :

Pr.	Copahu pur..................................	Q. S.
	Magnésie calcinée..............................	1/10.

Mélangez dans une capsule, après avoir légèrement hydraté la magnésie par l'aspersion de quelques gouttes d'eau (1/10 environ du poids de la magnésie). Plongez la capsule dans l'eau bouillante, et agitez le mélange en le tenant ainsi au bain-marie pendant quelques minutes. La consistance augmente rapidement, et lorsque la combinaison paraît complète, il suffit de verser le mélange dans un mortier, et d'y incorporer vivement les poudres de cubèbe et autres, indiquées par la formule.

La proportion d'eau indiquée par M. Rabot paraît être trop faible. Ce n'est pas 1/10, mais 3/10 d'eau qu'il faut employer pour hydrater complétement la magnésie. Peut-être vaudrait-il encore mieux employer l'hydrate de magnésie, qu'il est facile de préparer par ébullition de la magnésie calcinée dans l'eau, et dessiccation à une chaleur modérée.

Procédé nouveau pour conserver le proto-iodure de fer.

Le proto-iodure de fer est un des médicaments les plus fréquemment employés dans les officines; la facilité avec laquelle il s'altère en rend cependant le maniement difficile. Renonçant à le conserver à l'état solide, on le dose sous la forme d'une dissolution qui, étant d'une couleur verte au moment où on vient de la préparer, ne tarde pas à se troubler par suite de la formation d'un précipité ocracé. Cette dissolution est commode pour la préparation d'un

sirop; mais, pour la préparation des pilules, il est nécessaire de l'évaporer en suivant les indications données par M. Blancard, et l'opération est assez délicate. M. Parosi, de Mortara, a donné un procédé pour la conservation du proto-iodure de fer, qui paraît devoir simplifier beaucoup les manipulations. Il l'associe à une certaine proportion (non indiquée) de gomme arabique, et, laissant évaporer leur dissolution dans une étuve modérément chauffée, à l'abri de la lumière, obtient des lamelles transparentes de couleur verte tirant sur l'or, dont l'emploi doit être très-facile.

M. Parosi propose de conserver par le même procédé le protosulfate de fer; mais ce dernier sel n'est pas assez altérable pour qu'il y ait intérêt à le faire entrer dans un semblable mélange.

Am. Vée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Etude sommaire sur le choléra (2e article).

Par M. le docteur A. Ripoll, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, médecin des épidémies.

III. Traitement du choléra.

Le traitement du choléra est préservatif ou curatif.

1° *Traitement préservatif.* — Il comprend des mesures générales et des précautions individuelles.

Forcé de de les résumer ici, nous partirons de ce principe que l'attaque résulte de l'absorption d'un miasme, et nous rappelant quelles sont les circonstances qui favorisent l'absorption de tous les miasmes, quels qu'ils soient, nous dirons :

Il faut placer les populations et se placer soi-même dans les conditions d'hygiène générale ou particulière les plus appropriées à la non-absorption, ou qui favorisent l'élimination.

Aux premières se rapportent les obstacles apportés au rayonnement des foyers miasmatiques, c'est-à-dire la dissémination des individus sains, la séquestration des individus malades. Quant à ces prescriptions d'*assainissement* proclamées à chaque manifestation épidémique, il est évident qu'elles peuvent avoir une utilité appréciable, mais leur action est bien secondaire; elles ne s'adressent pas, en effet à la destruction d'un miasme spécial, elles ne varient pas qu'il s'agisse de peste, de choléra ou de fièvre jaune, et laissent très-certainement les individus sous le coup de l'action de ce miasme.

En preuve de ce que j'avance, je pourrais citer un grand nombre de localités que leur position géographique ou toute autre circonstance plaçaient dans des conditions hygiéniques excellentes, et qui ont été relativement bien plus cruellement éprouvées que les pays réputés et démontrés les plus malsains.

Les secondes comprennent aussi tous les moyens propres à gêner cette absorption, et de plus ceux qui peuvent favoriser l'élimination. Tout individu doit en conséquence :

1° Eviter toute cause de débilitation ;

2° Eviter de sortir à jeun ; de s'exposer à l'air frais de la nuit, alors que les miasmes plus condensés tendent à se rapprocher de la surface de la terre ; sortir au contraire avec le soleil alors que la raréfaction de l'air les éloigne de celle-ci ;

3° Eviter tous les écarts de régime ; rendre celui-ci un peu plus tonique que d'habitude ;

4° Se vêtir un peu plus chaudement, et faire en sorte de ne pas se refroidir, se rappelant que le meilleur moyen d'éliminer le poison absorbé est d'entretenir régulières et même un peu exagérées les fonctions de la peau, et que cette voie étant supprimée, la nature tend à s'en créer une autre, la surface du tube digestif, voie supplémentaire, nécessaire et précieuse, à défaut de la première, mais qu'il est dangereux de laisser le miasme lui substituer.

C'est le choix de cette voie d'élimination par le miasme qui constitue ce qu'on a appelé la diarrhée prémonitoire, diarrhée que, considérée ainsi, il y a, suivant nous, inconvénient à supprimer sans la remplacer par le rétablissement exagéré des fonctions de la peau. Essayer d'arrêter la diarrhée prémonitoire sans *compensation* est une faute. D'abord on réussit rarement, et dans les cas de réussite, il est de règle de voir le choléra éclater.

2° *Traitement curatif. — Traitement des prodromes.* — Dès qu'un individu éprouve les premiers symptômes de l'influence cholérique, c'est-à-dire diarrhée, malaise, frissons légers, vertiges, inappétence, etc., on doit immédiatement chercher à supprimer le flux intestinal, et à réveiller les fonctions de la peau. Dans ce but, on le mettra dans un lit bien chaud, on le soumettra à la diète et à l'usage abondant de boissons aromatiques, prises aussi chaudes que possible. En même temps on lui fera avaler de 6 à 10 gouttes de laudanum dans un véhicule quelconque, et on lui fera prendre un lavement avec addition de même dose du même médicament. S'il est rendu immédiatement, séance tenante, on en fait prendre un second, composé de la même manière.

Quinze fois sur vingt ces simples moyens suffiront pour que la diarrhée s'arrête, et qu'une sueur plus ou moins abondante se manifestant, tous les accidents disparaissent. Dès le lendemain, le malade, entré en convalescence, pourra reprendre ses habitudes, tout en conservant cependant quelques ménagements.

Si, au bout de quelques heures, la diarrhée n'a pas disparu ou semble même augmenter, on continuera les mêmes moyens, en répétant les doses de laudanum, en prescrivant du bismuth à la dose de 2 à 4 grammes par l'estomac ou le rectum, en édulcorant les tisanes avec les sirops astringents de coing, cachou, ratanhia, etc., suivant le goût du malade; multipliant ou restreignant les quantités des médicaments actifs, suivant qu'il paraît y avoir rébellion ou soumission à leur usage. Un moyen dont je me suis presque toujours bien trouvé, c'est tout simplement la décoction d'écorce de grenade.

Si la diarrhée résiste, sans prendre cependant des proportions inquiétantes, on peut persister dans cette lutte pendant un ou deux jours. Mais passé ce temps, il y aurait imprudence à insister davantage; il faut essayer de modifier l'état fonctionnel de l'intestin. On ne doit pas hésiter à donner un vomitif, et de préférence l'ipécacuanha. Administré dans ce moment, il a un triple effet: d'abord il modifie la sécrétion intestinale en impressionnant vivement les glandes qui sont chargées de la produire; en second lieu, en provoquant le vomissement, il agit comme dans la dyssenterie, c'est-à-dire en supprimant ou atténuant le spasme péristaltique. En troisième lieu, enfin, il détermine dans tout l'organisme une secousse violente, immédiatement suivie d'une détente salutaire qui se traduit par une abondante sueur, sueur que l'on favorise en reprenant l'usage des boissons aromatiques. Puis, pour achever de calmer la susceptibilité du tube digestif, on fait prendre au malade 10 centigrammes d'opium en deux pilules à deux ou trois heures de distance l'une de l'autre. Si les vomissements, à leur tour, semblaient par leur reproduction fréquente hors de proportion avec le résultat que l'on désirait, on supprimerait toute boisson, et tout en redoublant de zèle dans les moyens extérieurs de calorification, on donnerait de la glace par fragments.

Dans quelques cas, lorsque la diarrhée, moins abondante, au lieu d'être continue, cesse pendant quelques heures ou quelques jours pour reparaître ensuite, et ainsi alternativement un certain nombre de fois, il est préférable de remplacer l'ipéca par un purgatif, et surtout le sulfate de soude ou de magnésie, à la dose ordinaire. Quelques heures après son administration, si les selles continuent,

ou s'il y a des coliques, on donne un lavement laudanisé, et les pilules comme ci-dessus.

Tels sont les moyens à opposer aux *prodromes* du choléra. Il est rare qu'après les avoir mis en usage tout ne rentre pas dans l'ordre. Dans la très-grande majorité des cas, au contraire, la diarrhée disparaît, le malaise cesse, les forces reviennent, le visage du malade, un peu assombri, reprend une expression de gaieté et de confiance tout à fait caractéristique, et il demande à manger. On comprend avec quelle prudence on doit satisfaire à ses désirs. Le moindre écart provoquerait une récidive.

Il est une remarque que je ne dois pas négliger de faire. C'est que, en temps d'épidémie cholérique, par suite du régime tonique dont abusent beaucoup d'individus, on observe un certain nombre de dyssenteries. Il est évident qu'il suffit de signaler cette coïncidence; aucun médecin ne confondra la diarrhée prodromique du choléra avec le flux dyssentérique qui réclame une tout autre médication.

Traitement du choléra confirmé. — Soit que l'individu averti par les *prodromes*, on ne leur ait pas opposé le traitement convenable, soit, ce qui est plus rare, qu'il ait été réfractaire à ce traitement lui-même, ou encore, ce qui est l'exception, qu'il n'y ait eu aucun avertissement, le choléra éclate.

Refroidissement, diarrhée caractéristique, vomissements de même nature, crampes, amaigrissement, tendance à la cyanose, tels sont les symptômes qui s'offrent à l'observation du médecin. Son diagnostic est instantanément posé. Il n'hésite pas dans sa ligne de conduite.

La première chose à faire, lorsqu'on est appelé dans ce moment, c'est de coucher au plus vite le malade dans un lit bien chaud, de le couvrir de couvertures, de l'entourer de bouteilles d'eau chaude; le réchauffer, en un mot, par tous les moyens possibles, telle est la première indication, indication qui persiste jusqu'à son entier rétablissement. Je l'ai dit déjà, et j'insiste encore là-dessus : essayer de supprimer le flux intestinal sans provoquer une réaction, une élimination substitutive serait à coup sûr aider le cholérique à périr.

En même temps qu'on réchauffe le malade, on lui donne coup sur coup quelques tasses d'infusion de thé très-chaude, additionnée d'une cuillerée de rhum, et de trois à six gouttes de laudanum chaque fois.

Ici on doit renoncer aux lavements, dont l'administration serait une occasion de nouveau refroidissement. Tout au plus en donne-

t-on un au moment de la mise au lit, si on a pu le préparer assez rapidement. Les frictions, à ce moment, sont aussi souvent nuisibles qu'utiles ; pour la même raison, il vaut mieux disséminer des sinapismes sur les membres sans découvrir le sujet.

Si l'amélioration tarde à se faire sentir, si les vomissements continuent, si le froid augmente, si les crampes se multiplient, si la cyanose se prononce davantage, si l'amaigrissement fait des progrès, il faut hardiment administrer l'ipéca à la dose vomitive ordinaire. Administré dans ce moment, il agit encore au triple point de vue que j'ai déjà signalé.

Si au bout de quelques instants le résultat désiré paraît atteint, ce qui s'annonce par une tendance à la disparition de la cyanose et par une diminution de la diarrhée, il faut répéter la dose ; si, au contraire, le mal paraît empirer, on revient, pour ne plus l'abandonner, à la médication tonique et opiacée. Seulement on doit la rendre plus énergique qu'au début. Il en est de même si, après la seconde dose d'ipéca, l'amélioration ne se soutient pas. Je ne partage pas l'opinion de ceux de mes confrères qui pensent qu'on doit insister indéfiniment sur l'administration de l'ipéca.

Mais ce sur quoi l'on doit insister de plus en plus, dès lors, c'est sur les moyens propres à réchauffer le malade, et à rappeler la circulation extérieure par les sinapismes promenés sur tout le corps.

Enfin, il faut se rappeler qu'à cette heure l'élimination du miasme ne joue plus qu'un rôle secondaire dont il faut, maintenant, tenir peu de compte. Ce qui presse, c'est de calmer le désordre sécrétoire intestinal, le spasme péristaltique et antipéristaltique qui provoque la spoliation séreuse, cause prochaine de la mort. Il faut, à tout prix, arrêter les vomissements et la diarrhée. Il faut attaquer le tube digestif par les deux bouts. En ayant toujours soin de découvrir le malade le moins possible, on donnera des demi-lavements avec six à dix gouttes de laudanum répétés tous les quarts d'heure ; s'ils sont rendus, on fera avaler une potion fortement tonique et opiacée, dont les doses se rapprocheront ou s'éloigneront suivant que les vomissements seront répétés ou suspendus. Et qu'on n'attende pas ici une formule spéciale à laquelle, à l'exemple de quelques confrères dont il faut bien excuser la faiblesse, j'ai la prétention d'attacher mon nom ; qu'on se pénètre bien seulement de cette idée, que, pour agir, les doses médicamenteuses doivent être considérables, leur action étant paralysée par le défaut d'absorption ou de tolérance ; que, celles-ci constatées, on doit revenir à des proportions *classiques*. Pour ma part, je prescris d'ordinaire, dans

un véhicule de 90 grammes d'eau de menthe ou de cannelle, 60 ou 80 gouttes de laudanum; 15 ou 20 grammes de rhum et 30 grammes de sirop astringent. Les cuillerées se succèdent de dix en dix minutes si les vomissements persistent, ou s'éloignent en proportion de leur cessation.

Il arrive, très-souvent, que la potion n'est pas supportée. On se trouve bien alors de faire suivre immédiatement chaque cuillerée, d'un petit morceau de glace. Si, malgré cela, elle excite véritablement les rebuts du malade, on l'additionne de quelques gouttes d'éther sulfurique. Enfin, la répugnance persistant, on cessera toute espèce de boisson et de médication pour ne donner absolument que de la glace d'une manière continuelle, et toujours par petits morceaux.

Dès lors, on voit la maladie dessiner sa tendance vers l'une de ses terminaisons, la guérison ou la mort. Dans le premier cas, le résultat heureux s'annonce de deux façons : ou bien les selles et les vomissements se suppriment, ou, s'ils persistent, ils prennent une coloration jaune ou verte, signe certain de rétablissement des fonctions biliaires; mais, quoi qu'il en soit, le pouls redevient plus sensible; la chaleur du corps se rétablit, la langue se réchauffe (à moins qu'on n'ait fait usage de la glace, cas auquel elle reste froide); les crampes cessent; la cyanose disparaît; la respiration reprend de l'ampleur, en un mot, la nature reprend le dessus.

La médication devient alors des plus faciles; on n'a plus qu'à maintenir la chaleur extérieure, en même temps peu à peu d'abord, et concurremment avec la glace, si les vomissements bilieux persistent trop, puis en plus grande abondance, des boissons aromatiques et vineuses, ou encore mieux du petit-lait. Cette quantité de boisson a pour but de s'opposer à la tendance à l'état typhoïque consécutif, en rendant au sang la partie liquide qu'il a perdue, et favorisant la circulation. C'est alors, surtout, qu'il est utile de faire des frictions sur tout le corps. Elles n'ont plus seulement, alors, comme celles qu'on pratiquerait plus tôt, une action *mécanique*, elles ont une influence physiologique, en facilitant la circulation dans les capillaires. Quant à la glace, il faut la supprimer dès qu'on le peut; son abus est fâcheux; d'une part, en effet, elle contrarie un peu la réaction, et, d'autre part, son usage trop prolongé peut déterminer une gastrite qui entrave la convalescence.

Si, au contraire, la maladie tend à se terminer par la mort (il faut que l'on s'habitue à cette idée : le traitement le mieux entendu, le plus intelligemment mis en usage ne réussit pas toujours à sauver

les malades, pas plus qu'il ne triomphe de toutes les autres maladies), les selles et les vomissements se suppriment, non parce que, comme dans le cas précédent, la maladie est enrayée, mais parce que leur source est tarie. On voit alors la cyanose atteindre ses dernières limites, les yeux s'enfoncer et se dessécher dans l'orbite, le pouls devenir imperceptible, la langue se glacer, la voie s'éteindre, la respiration s'embarrasser, et la mort *enrouler* en quelque sorte le malade dans des crampes atroces. La maladie arrivée à ce point, je considère le plus grand nombre des cas comme *désespérés*, et ce n'est plus que par manière d'acquit que j'engage à persister dans l'usage des moyens extérieurs, tandis qu'on donne un peu de rhum dans du thé, de temps en temps, concurremment avec la glace, qui calme la soif inextinguible du moribond.

A cette extrême limite, mais seulement alors, le médecin me semble autorisé à se départir d'une règle de traitement sur les effets de laquelle *l'expérience* et la *raison* lui ont donné le droit de compter, et qu'il eût été dangereux pour le malade d'essayer de modifier ou de supprimer. A ce moment toute expérimentation a, non-seulement son excuse, mais sa raison d'être. Eh bien, il est, entre tous, un moyen que je n'hésite pas à conseiller, et que, pour ma part, je ne manquerai pas d'essayer, si l'occasion s'en présente; je veux parler de la transfusion d'un liquide propre à replacer le sang dans ses conditions normales de liquidité. C'est à l'excès de plasticité du sang que le malade succombe, en effet, et non à l'intoxication miasmatique; l'élimination est terminée ou à peu près, mais le corps n'a pu résister aux résultats de l'effort. Il est évident que si la circulation pouvait se rétablir, la vie renaîtrait. La transfusion dans les veines d'une certaine quantité de sérum ne serait-elle pas de nature à apporter la modification espérée? Qui sait? — Est-il donc déraisonnable de le tenter? — Je ne le pense pas; et je le tenterai, si d'autres, me devançant dans cette voie, n'acquièrent pas la démonstration de l'inanité de ces tentatives.

Mais ce n'est pas tout : alors même que la réaction est obtenue, le malade n'est pas guéri pour cela. Cela tient à plusieurs causes :

D'abord, l'organisme se remet difficilement d'une secousse aussi violente; en second lieu, l'état visqueux du sang, comme je l'ai dit, ne permet pas aux organes de reprendre immédiatement leur rhythme normal. En dernier lieu, enfin, l'individu est encore, pendant un certain temps, sous le coup de l'empoisonnement produit par le miasme cholérique, dont une quantité plus ou moins considérable n'a pas été éliminée.

Il résulte de cet ensemble de causes auxquelles reste soumis le malade dont l'attaque cholérique est enrayée, une tendance à l'état typhoïque très-manifeste, qui, se prononçant de plus en plus, finit malheureusement trop souvent par le faire périr. En outre, les divers organes deviennent fréquemment le siége d'inflammations plus ou moins intenses, qui constituent autant de complications fâcheuses, autant de chances de mort.

Contre cet état, le médecin le plus expérimenté n'a pas trop de toute son expérience, de toute son intelligence, de tout son génie d'inspiration. Il serait donc difficile de tracer ici, à moins de tomber dans des longueurs inutiles, une ligne de conduite spéciale à chaque éventualité. Les accidents qui se succèdent dans cette période de la maladie sont, en effet, des plus variés ; le traitement doit être modifié à tout instant, suivant telle ou telle indication, indication qui diffère même chez chaque malade ; ce n'est qu'avec une grande habitude des cholériques, et une intelligence parfaite de la maladie, que l'on arrive, par l'application de la thérapeutique rationnelle, à faire entrer franchement les malades en convalescence.

Ce but, on l'atteindra souvent, si l'on se rappelle bien comment doivent être interprétés les divers états morbides consécutifs, au point de vue des causes qui les déterminent. Ainsi, d'une manière générale : 1° en opposition à l'affaiblissement, résultat de la secousse reçue, les toniques seront indiqués ; 2° pour favoriser l'élimination d'un reliquat de poison, les fonctions de la peau devront être entretenues ou même surexcitées ; 3° pour éviter l'engouement des organes par un sang trop visqueux, il faudra faire boire abondamment ; 4° les inflammations viscérales seront combattues par les moyens ordinaires.

Le retour plus ou moins prompt des urines, ou des envies d'uriner (quelquefois la première miction n'est possible qu'avec la sonde), sont un signe certain que l'on est dans la bonne voie, et que l'on doit y persister.

Comme détails, je me bornerai à signaler le résultat de certains moyens que l'expérience m'a permis d'apprécier. Ainsi :

1° Dans les états typhoïques on retire très-peu de bons effets des vésicatoires, et surtout des émissions sanguines, que j'ai été à même en 1849, dans le service de M. Gendrin, à la Pitié, de voir à l'épreuve sur une grande échelle, et que je crois en général plutôt nuisibles qu'utiles (il y a cependant des exceptions).

2° L'eau de Seltz, la potion antiémétique de Rivière sont très-

efficaces contre les vomissements spasmodiques persistants de la convalescence.

3° Le hoquet cède plus souvent aux antispasmodiques qu'à tout autre moyen.

4° Il ne faut pas abuser de la glace, si l'on veut éviter les gastrites secondaires.

5° Au bout de quelques jours, si la langue est sale, l'appétit nul, un léger purgatif salin est suivi d'un bon effet.

6° Il ne faut pas trop se hâter d'alimenter.

7° Les premiers aliments le mieux supportés sont : la crème de riz, le petit-lait, la décoction blanche de Sydenham, le sagou, l'eau sucrée légèrement vineuse.

8° L'usage des alcalins, et notamment du bicarbonate de soude dans la tisane ou en pastilles, si le malade refuse de boire, diminue rapidement la plasticité du sang.

9° Dans ce dernier but, il faut faire boire *considérablement.*

10° Enfin, à cette époque, on se trouvera beaucoup mieux qu'au début, de l'usage des frictions.

La convalescence, étant obtenue, réclame plus de soins, de prudence, que n'en nécessitent les autres maladies ; l'alimentation sera surtout surveillée, et tous les éléments en seront choisis scrupuleusement. On ne permettra pas de se lever trop tôt, et encore moins de sortir et de reprendre ses occupations. Tout écart d'hygiène ou de régime, si léger qu'il fût, pourrait avoir une conséquence plus grave qu'un retard au retour définitif de la santé ; une récidive, cette fois, serait funeste.

Tels sont les moyens de traitement auxquels doit être soumis le cholérique ; moyens dont l'expérience de plusieurs épidémies m'a prouvé l'efficacité presque constante. Telle est la voie à suivre, que de nombreux succès interdisent d'abandonner pour se livrer à des courses plus ou moins vagabondes dans le champ de l'inconnu.

Ainsi se trouve démontrée cette proposition : que *le choléra réclame, comme toutes les autres maladies, l'usage de la thérapeutique rationnelle.*

Que si, maintenant, on fait la statistique des malades soumis à cette méthode de traitement, il sera démontré en outre ceci, c'est que le choléra n'est pas plus meurtrier que bien d'autres affections épidémiques, puisque sur vingt malades on en sauve quinze, et que, par conséquent, on doit être plus réservé qu'on ne l'a été jusqu'ici pour établir d'une manière générale quel doit être son *pronostic.*

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie descriptive de J. Cruveilhier, 4e édit., revue par MM. Marc Sée et E. Cruveilhier [1].

Il n'existe pas aujourd'hui un seul traité complet d'anatomie descriptive qui puisse mettre à même l'étudiant en médecine de satisfaire aux exigences des examens : voilà un fait. Il faut en chercher la raison dans la difficulté extrême que présente l'élaboration d'un pareil ouvrage à une époque où l'anatomie se transforme, pour ainsi dire. C'est que, en effet, l'anatomie descriptive, telle que la comprenaient nos maîtres d'il y a vingt ans, ne suffit plus aujourd'hui : pour être complet, un traité doit comprendre aussi la texture des organes, et la science, il faut bien l'avouer, n'est pas encore complétement faite à ce sujet. Bien des divergences séparent les auteurs, et peu d'années suffisent pour mettre en retard l'ouvrage le mieux au courant des idées nouvelles. — C'est ce qu'a très-bien compris M. le professeur Cruveilhier. — Son *Traité d'anatomie descriptive* a nourri plusieurs générations ; c'était un modèle de clarté, de méthode, de description, qui n'a jamais été dépassé, ni même atteint ; cependant il avait fait son temps ; c'était toujours un beau monument, mais un monument qui menaçait de devenir historique. Il a confié le soin d'une quatrième édition à M. Marc Sée, agrégé d'anatomie à la Faculté, et à son fils, M. E. Cruveilhier, prosecteur à la Faculté de médecine : il ne pouvait faire un meilleur choix. Ces deux jeunes auteurs, nageant en plein dans le courant scientifique moderne, ont trouvé un éditeur intelligent, M. Asselin, qui s'est associé à leur entreprise.

Déjà l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie et la splanchnologie ont été publiées dans trois beaux volumes. Les descriptions brillantes et si simples à la fois, qui avaient rendu célèbre l'ouvrage primitif, s'y retrouvent encore, et le lecteur y rencontre de plus ce que les recherches modernes ont ajouté à l'anatomie descriptive.

Les auteurs et l'éditeur ont pensé qu'il était indispensable d'ajouter les planches au texte du célèbre professeur, et l'on peut dire qu'ils les ont véritablement prodiguées. Le premier volume n'en contient pas moins de 385, le second 157, et le troisième 368 ; — jamais aucun ouvrage n'en contint un aussi grand nombre ; — nous

(1) P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

ne dirons pas qu'elles sont toutes parfaites; quelques-unes manquent peut-être un peu de relief, d'autres sont peut-être un peu tourmentées et difficiles à comprendre au premier abord, mais telles quelles, c'est une ressource précieuse pour l'étudiant mis face à face avec le cadavre. L'*artériologie* va paraître incessamment, et nous savons que cette partie sera à la hauteur des précédentes. Ce que nous venons de dire suffit pour faire comprendre toute l'importance de ce bel ouvrage ; nous aurons, du reste, à y revenir lorsqu'il sera complet, et cela ne tardera pas, nous l'espérons bien, grâce au précieux concours de MM. Sée et Cruveilhier fils, et à l'activité bien connue de l'éditeur.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Relation d'une thoracentèse pratiquée avec succès sur un enfant de douze mois. — Parmi les opérations qui se pratiquent sur l'homme, il en est peu qui aient subi plus de vicissitudes, qui aient donné lieu à autant de controverses, qui aient été plus étudiées et plus perfectionnées que celles de la thoracentèse ou thoracocentèse (empyème des anciens).

Chargé depuis quatre ans, dans la Faculté de médecine de Montpellier, d'un cours annuel complémentaire sur les *maladies des enfants*, et amené à mieux approfondir toutes les questions relatives à la pathologie de l'enfance, nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que celle de la thoracentèse, jusqu'alors inexplorée dans le jeune âge, offre un intérêt particulier par les vives lumières qu'elle peut fournir à l'élucidation du problème de cette importante opération.

Le fait que nous allons faire connaître peut en servir de preuve. Il est relatif à un enfant à peine *âgé de douze mois*, et il s'est accompagné de circonstances qui nous ont paru dignes d'être rapportées.

Des recherches auxquelles nous nous sommes livré il résulte que, dans l'état actuel de la science, les faits de thoracentèse chez les enfants à la mamelle peuvent être considérés comme des exceptions. Nous n'avons trouvé dans les annales de la médecine aucune observation analogue à la nôtre. Il n'a été publié aucun cas de thoracentèse suivi de succès chez un enfant au-dessous de l'âge de trois ans. L'observation d'empyème chez un enfant de quatre ans et demi, publiée par M. Marotte (septembre 1852), celle que M. Archambault a insérée dans sa thèse inaugurale, et celle que M. H. Ro-

ger a communiquée (1864) à la Société médicale des hôpitaux, nous paraissent être les seules susceptibles de quelque rapprochement avec celle qu'on va lire.

Du reste, même chez les enfants au-dessous de quatorze ans, la thoracentèse est relativement rare.

Le premier cas connu d'empyème opéré sur un enfant est celui dont parle Galien (*Meth. med.*, lib. v, *opp.*, p. iv, p. 88). Un enfant était atteint d'empyème à la suite d'un coup sur la poitrine; un médecin pratiqua une ouverture, donna issue au pus et laissa la plaie se cicatriser; mais l'inflammation reparut, amena un nouvel abcès et nécessita une seconde incision qu'on ne put plus guérir. Galien, appelé auprès du malade, trouva le sternum carié et enleva heureusement, avec le trépan, toute la portion cariée de cet os; le cœur était à nu, parce que la suppuration avait détruit une portion du péricarde; cependant l'enfant guérit et recouvra la santé.

Il ne s'agit ici, comme on le voit, que d'un empyème de cause traumatique. Dans des cas analogues, il est probable que Galien dut être imité, mais seulement par les rares partisans de l'opération de l'empyème. Depuis Galien, la seule mention que nous ayons pu trouver se rapporte à 1712. R.-H. Linguet a certainement pratiqué cette opération sur des enfants, puisqu'il remarque que, *chez eux, où les os sont mous ou cartilagineux, on peut, au lieu de trépan, se servir d'un trois-quarts boutonné.*

Il faut arriver à 1835 pour rencontrer quelque chose de plus précis, et le véritable promoteur de la thoracentèse chez les enfants nous paraît être le médecin anglais Thomas Dawies. Il recommande chaudement la thoracentèse dans l'hydrothorax, dans l'empyème, et démontre qu'elle compte surtout des succès chez les enfants.

Freteau (1812), Delpech (1825), Heyfelder (1834), n'hésitent pas à opérer de jeunes sujets. Ce n'est pourtant qu'à partir des nombreux succès de M. le professeur Trousseau, que les annales de la science enregistrent quelques observations, parmi lesquelles il n'en est aucune relative à un enfant à la mamelle. A défaut d'autre mérite, celle dont nous allons actuellement exposer les détails aura celui d'être la seule qui ait encore été publiée.

Enfant de douze mois. Épanchement pleurétique gauche séro-purulent. Thoracentèse au quatorzième jour. Abcès sous-cutané consécutif, ouverture à lancette. Introduction d'une mèche volumineuse jusque dans la cavité pleurale. Guérison rapide sans accidents. — Mars 1863. Henri J*** est le troisième enfant de parents qui ont vu leurs deux aînés succomber, vers l'âge de neuf mois, à une maladie intestinale.

Il est âgé de onze mois et nourri au sein maternel (la mère a trente ans, elle est très-lymphatique et très-nerveuse). C'est ce qu'on appelle un bel enfant, mobile, intelligent, impressionnable. Il paraît d'une bonne constitution; il a six dents incisives, et l'évolution dentaire est en pleine activité; il a été bien vacciné.

Appelé pour la première fois dans sa famille le 4 mars 1863, nous le trouvons avec la fièvre; trois ou quatre selles diarrhéiques dans la journée. Calomel, 0,01, de deux en deux heures, dans une cuillerée à café de sirop de coings; lait d'ânesse; sein maternel; cataplasme abdominal; un quart de lavement émollient.

6 mars. Diarrhée suspendue, selles molles. La fièvre persiste; légère exacerbation dans la soirée. L'enfant passe ses journées au rez-de-chaussée, sur des dalles, dans un bureau de tabac fort humide, exposé au nord. Calomel suspendu; *ut supra*.

7. Exacerbation prononcée, simulant un accès, à l'heure de l'exacerbation d'hier. Application de sulfate de quinine (aisselles, creux du jarret), dans le courant de la nuit; *ut supra*.

8. Accès fébrile très-intense vers onze heures du matin; pâleur et froid pendant plus d'*une heure*; chaleur vive de la peau; rougeur écarlate de la face pendant près de *trois heures*; sueurs très-abondantes pendant plus de *deux heures*. L'examen de la poitrine, fait à chaque visite, dans la crainte d'un *raptus* inattendu chez un enfant vif, ne constate rien de particulier. Sulfate de quinine en application; *ut supra*.

9. Accès à peine marqué vers onze heures du matin. Diminution considérable du froid et de la chaleur. Au lieu de la sueur excessive d'hier, il n'y a plus qu'une douce moiteur. Râle crépitant dans la fosse sous-épineuse gauche. Légère diminution du son en ce point; l'enfant tousse à peine. Sulfate de quinine en applications; vésicatoire au bras; *ut supra*.

10. Pas d'accès. La fièvre est tombée; toux quinteuse peu fatigante; rougeurs erratiques sur les joues. Diminution du son et souffle tubulaire en un point limité, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, dans la fosse sous-épineuse gauche. Sulfate de quinine suspendu; *ut supra*.

11. Toux humide et grasse, plus rare. Absence du souffle tubaire, râle crépitant de retour. Vésicatoire volant (fosse sous-épineuse gauche); sirop béchique; *ut supra*.

12. Amélioration très-prononcée. L'enfant s'amuse et veut manger; selles régulières, râles muqueux, sonorité normale.

13 Le mieux se confirme; il est tel, que nous éloignons nos visites, et que l'on croit pouvoir sortir l'enfant, sans nous en rien dire.

15. Deux jours après, nous trouvons notre petit malade fatigué. On nous a dit qu'il a bien pu prendre froid la veille, étant resté dans la rue, avec sa bonne, jusqu'à six heures du soir. Peau chaude, fébrile; visage fatigué. La mère remarque que son nourrisson a de la difficulté à teter le sein gauche. *Le décubitus sur le côté droit l'essouffle et gêne la déglutition.*

Sonorité notablement diminuée au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche; bruits respiratoires obscurs et comme voilés;

pas de râles. Il y a évidemment un commencement de collection liquide dans la plèvre gauche. Vésicatoire volant au niveau de la matité; sirop de digitale.

25 mars, *dixième jour de l'épanchement pleural*. Du 15 au 25, la matité augmente en intensité et en étendue. La toux et la dypsnée restent peu fatigantes; mais la succion du sein gauche, qui nécessite le décubitus, est assez pénible pour que l'enfant refuse de teter de ce côté. Le petit malade n'a d'ailleurs pas dépéri; il est resté pâle, mais gai, s'amusant et prenant volontiers les aliments liquides qu'on lui a présentés. Les fonctions digestives se faisaient bien; une à deux selles molles dans les vingt-quatre heures; urines normales et copieuses, sans albumine; la chaleur de la peau a été douce et naturelle; le pouls, un peu vif, n'a pas dépassé 100 pulsations par minute.

Trois vésicatoires volants appliqués successivement sur la région insonore ont été, chacun, suivis d'une amélioration relative, mais momentanée; elle a été signalée par un mieux-être général, une respiration plus libre, une toux moins fatigante. un sommeil plus paisible; mais tout cela n'a jamais dépassé vingt-quatre heures, et les symptômes sont allés toujours en s'aggravant.

25. Nous trouvons l'enfant un peu accablé; il a refusé les aliments et ne veut que le sein de sa mère; la physionomie est altérée, les yeux se cavent, le regard se ternit, la pâleur de la face devient terreuse; la dyspnée est augmentée; le pouls se précipite et devient dépressible; 48 inspirations, 128 pulsations par minute.

Matité de bas en haut jusque dans la fosse sous-épineuse, en arrière à gauche; elle existe au même niveau, sur les parties latérales et en avant, du même côté. Le côté gauche est manifestement distendu; les mouvements des côtes sont notablement moins prononcés qu'à droite; les intervalles costaux sont élargis; il y a distension générale de tout le côté gauche; la vibration produite par les cris est diminuée, surtout si on la compare à celle du côté droit. La succussion ne fournit aucun renseignement; il n'y a pas de déplacement d'organes; les bruits respiratoires ne s'entendent pas dans toute l'étendue de la matité.

L'ensemble des signes généraux nous fait craindre la production du pus dans l'épanchement pleural, et quoique celui-ci ne soit pas des plus considérables, nous pensons sérieusement à pratiquer la thoracentèse.

Nous hésitons cependant, à cause de l'âge de l'enfant (douze mois à peine), du peu d'ancienneté de l'épanchement (dix jours), du caractère exceptionnel d'une pareille opération, qui n'a pas encore été faite, à notre connaissance, dans de pareilles conditions, et de l'impossibilité où nous sommes de nous procurer des instruments appropriés à d'aussi jeunes organes.

Nous essayons donc un dernier et large vésicatoire volant (Leperdriel, 0m,1 carré), enveloppant toute la base postérieure et latérale gauche du thorax. Nous continuons les préparations de digitale à l'intérieur.

27 mars. L'état s'aggrave beaucoup; l'application du large vési-

catoire, malgré la puissante dérivation produite et la quantité de sérosité fournie par l'ampoule épidermique, n'a été suivie, comme celle des vésicatoires précédents, que d'une amélioration relative, principalement de la dyspnée; mais cette amélioration n'a duré que sept à huit heures.

Une sueur froide et visqueuse couvre, à certains moments, toute la surface cutanée; il n'y a pas d'œdème aux extrémités inférieures; le visage est terreux; la dyspnée s'est accrue; impossibilité du décubitus droit, mais l'enfant, tout en préférant rester assis sur les genoux de sa mère accroupi sur le côté gauche, peut séjourner dans son berceau couché sur ce même côté; 56 inspirations, 134 pulsations par minute; insomnie ou réveil en sursaut.

La voussure du côté gauche est très-prononcée, les côtes y sont immobiles; le périmètre de la poitrine, pris au niveau du mamelon, donne $0^m,015$ de plus à gauche qu'à droite.

La matité est absolue depuis la clavicule en avant et la fosse sus-épineuse en arrière jusqu'à la base du thorax.

La rate, refoulée en bas, fait saillie de $0^m,02$ au-dessous du rebord costal; la pointe du cœur déplacé est à droite du sternum.

Les bruits respiratoires ne s'entendent en aucun point du côté gauche ; un souffle tubaire diffus se perçoit seulement dans la fosse sous-claviculaire et sous-épineuse. Pas de râles; respiration fortement supplémentaire à droite.

Nous déclarons à la famille que nous sommes décidé à utiliser la seule ressource qui nous reste, la ponction de la poitrine Elle est immédiatement acceptée; mais nous exigeons une consultation préalable, désirant partager la responsabilité d'un acte plutôt insolite que grave, et avoir aussi un témoin de ce fait exceptionnel.

Sur notre demande, M. le professeur Combal est appelé, et il constate l'état de l'enfant : le diagnostic n'est point douteux. Il est neuf heures du soir; nous n'avons pas sous la main les instruments nécessaires; la situation, quoique grave, n'est pas immédiatement alarmante. L'opération résolue est renvoyée au lendemain matin.

28 mars, anniversaire de la naissance de l'enfant. Henri J.... n'a pas dormi la nuit; les signes d'hier sont à leur *summum* d'intensité. M. le professeur Combal n'ayant pu se rendre, nous faisons l'opération de la thoracentèse avec l'aide de M. Cairel, chef de clinique chirurgicale de la Faculté, et avec l'assistance du père et de deux parentes de l'enfant.

L'âge du sujet nous mettait en présence d'une indocilité spéciale, et nous ne voulions pas employer le chloroforme.

Position du sujet. Henri J.... est placé sur les genoux d'une femme assise sur une chaise, la tête sur l'épaule droite et la face antérieure du tronc en écharpe sur la poitrine de cette femme. La main droite de cette première aide, entourant l'aisselle gauche de l'enfant, fixait cette partie du tronc, tandis que le bras et la main gauches de la même aide, entourant les cuisses et le siége du petit malade, maintenaient la partie inférieure de son corps.

Le père, placé debout derrière la chaise de la première aide et faisant face au visage de l'enfant, retenait les mains et les bras de

ce dernier, embrassant eux-mêmes le cou de la première aide.

Dans cette position, le baby, parfaitement fixé dans toute la longueur de son corps, nous était présenté de façon que le lieu d'élection de la ponction fût fortement en saillie et dans un plan relativement déclive.

Faute d'un autre instrument, nous nous voyons dans la nécessité de nous servir du trocart plat, armé de la canule à robinet de M. J. Guérin, destiné à l'adulte. Il était évidemment d'un trop grand calibre pour un enfant de douze mois. Aussi, pour donner plus de certitude à l'action du robinet, nous entourâmes préalablement, comme à l'ordinaire, le pavillon de la canule de plusieurs doubles peau de baudruche mouillée.

Nous faisons une ponction sous-cutanée dans l'intervalle situé entre la troisième et quatrième fausse-côte, en comptant de bas en haut, et au point de réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de l'espace compris entre le milieu du sternum et les apophyses épineuses des vertèbres, en ayant soin de raser obliquement de bas en haut et de dehors en dedans le rebord supérieur de la troisième fausse-côte.

La distension des espaces intercostaux nous permet de compter facilement les côtes. La formation du repli cutané, pour relever la peau vers l'aisselle, est plus difficile. Outre le glissement de la peau, dénudée de son épiderme et couverte d'une abondante sérosité par suite du vésicatoire de l'avant-veille, les énergiques efforts de l'enfant pour se soustraire à la douleur produite par ce préliminaire de l'opération, donnent des difficultés très-grandes à M. Cairel, chargé de maintenir ce repli cutané.

Tandis qu'à l'aide de l'index de la main gauche nous indiquions, dans l'intervalle intercostal, le point précis de la ponction, nous saisissons le trocart de la main droite, comme un couteau à découper; l'index fixé à 3 ou 4 centimètres de la pointe, afin d'en calculer exactement la pénétration, et appuyant cette pointe sur l'extrémité de notre index gauche, nous pénétrons d'un seul coup sec dans la cavité pleurale. Cette ponction, entièrement analogue à celle de l'ascite ou de l'hydrocèle, a lieu sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang.

Le trocart retiré, un flot de matière blanc-verdâtre séro-purulente, très-liquide, inodore, jaillit par la canule et est recueilli dans un vase.

Dès les premiers jets, la respiration devient et plus longue et plus profonde, ce que traduisent à la fois les cris de l'enfant et les mouvements respiratoires du thorax. Une toux saccadée, quinteuse, sèche, très-incommode pour l'enfant, qu'elle fait pleurer, parce qu'il s'efforce en vain de la retenir, la toux particulière au déplissement du poumon, se produit aussitôt et se prolonge pendant toute la durée de l'opération et du pansement (quatorze minutes). Chaque secousse de toux, chaque cri de l'enfant augmente fortement le volume du jet.

Après quelques minutes, nous sentons distinctement le choc d'un corps dur, qui vient à chaque secousse un peu forte de toux, heurter l'extrémité interne de l'instrument. Le jet devient intermittent,

puis s'arrête tout à coup. En vain nous retirons un peu la canule, en vain nous lui faisons exécuter divers mouvements de manière à déplacer son extrémité interne (ce que nous effectuons d'ailleurs sans obstacle), le liquide cesse de couler. A ce moment nous en avions déjà obtenu 175 grammes.

Il fallut bien retirer la canule, tout en restant persuadé que nous laissions encore une grande quantité de matière dans la cavité pleurale; mais la difficulté de bien maintenir l'enfant et de maîtriser les mouvements brusques auxquels il se livrait incessamment avec la plus grande énergie nous empêcha d'essayer, par une inclinaison différente et plus convenable de son corps, de retirer une plus grande quantité du liquide.

La canule fut retirée très-lentement, de manière qu'elle sortît de l'espace intercostal restant encore fortement embrassée et fixée par la peau très-élastique et rétractile. Le défaut de parallélisme entre la plaie cutanée et l'ouverture intercostale s'établit aussitôt; après quoi nous achevâmes d'extraire la canule de la plaie cutanée.

Immédiatement, et malgré un défaut de parallélisme de 0,025^{mm} environ, il s'écoula un flot abondant du même liquide; ce flot continu devenait énorme sous l'influence de la toux et des cris. En un instant le sol en fut inondé; nous eûmes à peine le temps de saisir une tasse et d'en recueillir 90 grammes.

La quantité du liquide qui ne put être recueilli fut évaluée, par toutes les personnes présentes, à beaucoup plus que la totalité de celui que nous possédions; ce qui donnait au moins 500 grammes pour la masse totale.

Les dernières gouttes, en tout semblables aux premières pour la consistance, arrivèrent avec quelques stries de sang.

Pansement. Morceau de diachylon fendu en croix de Malte sur l'ouverture cutanée, épais gâteau de charpie formant pelote sur le trajet de la plaie sous-cutanée, bandage de corps modérément serré.

Le liquide recueilli a été analysé une heure environ après l'opération par M. Moitessier, chef des travaux chimiques de la Faculté de Montpellier, qui en a donné la composition dans le tome XI du *Montpellier médical*, p. 233.

Après l'opération, le cœur était sensiblement rapproché de sa position normale, la rate ne se sentait plus au niveau du rebord costal. La sonorité restait fortement amoindrie dans les deux tiers inférieurs gauches; dans le tiers supérieur, la matité constatée avant l'opération a fait place à un son clair, mais relativement moins clair que du côté droit. Bruits respiratoires sifflants et rudes, en avant depuis la clavicule jusqu'au mamelon, en arrière au-dessus de la fosse sus-épineuse; ils sont nuls à la base.

Soir. Journée très-calme. La toux fatigante du moment de l'opération a promptement cessé, et il n'y a plus que de rares secousses peu quinteuses. L'enfant est méconnaissable, relativement à ce qu'il était le matin et dans la nuit. *C'est une résurrection!* dit le père. L'enfant a dormi pendant une heure et demie, avec des sueurs profuses et abondantes. La dyspnée, si extrême le matin, est à peu près disparue; l'enfant a teté le sein gauche. — Voussure en œuf de

poule sur le trajet de la plaie sous-cutanée. Il s'est écoulé environ trois cuillerées à soupe du liquide déjà décrit, inodore, qui souille les pièces du pansement. — Pansement *ut supra*.

29 mars, premier jour après l'opération. Sommeil de plusieurs heures de suite; selles bien liées; l'enfant s'est amusé et il a souri à sa mère; le visage est bon et reprend à vue d'œil. Sirop de quinquina, préparation de digitale; lait d'ânesse; bouillon coupé; sein maternel; pansement matin et soir, comme après l'opération. Une gouttelette de pus bien lié, inodore, indique la plaie cutanée; la toux ou les cris ne donnent aucune issue à aucun liquide.

30, deuxième jour. Pansement matin et soir; la plaie cutanée est réunie par première intention; le gonflement en œuf de poule est à peu près disparu; le côté reste douloureux à la pression.

31, troisième jour. Même pansement, inutile, puisqu'il n'y a aucun suintement. La matité se limite dans le tiers inférieur. La respiration reste rude au sommet.

1er avril, quatrième jour. L'enfant va assez bien pour que, sans nous consulter, on le fasse sortir pendant environ une heure,

4, septième jour. Le temps est beau, l'enfant sort tous les jours.

10, treizième jour. L'enfant se plaint de son côté gauche lorsqu'on le soulève de ce côté. Il en supporte difficilement la percussion et l'auscultation. Les bruits respiratoires rudes et un peu éloignés sont perçus à l'angle inférieur de l'omoplate; la sonorité est moindre que les jours précédents, de la fosse sous-épineuse à la base.

13 avril, seizième jour. Saillie occupant une surface de $0^{m},07$ sur $0^{m},04$ de diamètre, au niveau du trajet de la plaie sous-cutanée; fluctuation; sensibilité; rougeur; réductibilité par la pression. Ouverture à la lancette.

Nous introduisons avec quelque difficulté (à cause du défaut de parallélisme), jusque dans la cavité pleurale, une mèche de charpie fortement enduite de cérat; elle est assez grosse pour tamponner exactement l'ouverture cutanée; un épais gâteau de charpie, un bandage de corps modérément serré, complètent le pansement.

L'enfant n'a pas toussé une fois pendant toute notre visite; soulagé par l'évacuation du pus, il s'est amusé aussitôt après le pansement.

14 avril, dix-septième jour. Agitation et plaintes pendant la nuit. La mèche enlevée, il s'écoule 125 grammes de pus liquide, bien lié, inodore. L'enfant est bien.

15 avril, dix-huitième jour. Le murmure respiratoire s'entend bien partout, en arrière comme en avant. Même pansement; la mèche ne paraît pas être restée engagée jusque dans la plèvre; pus inodore peu abondant.

Soir. On a sorti l'enfant par un temps froid; il est resté dehors depuis trois heures jusqu'à quatre. On nous dit qu'il a toussé. Nous le trouvons dormant paisiblement. Il a mangé du potage et bu du lait.

16. Nuit meilleure, bon sommeil, quelques rares secousses de toux. La mèche est bien en place, mais elle n'atteint pas le fond de la plaie sous-cutanée. Les pièces du pansement sont sèches; quelques grosses gouttes d'un pus crémeux, légèrement sanguinolent, suivent l'extraction de la mèche. La sortie de ce pus n'est en rapport ni avec

les mouvements d'expiration ni avec les cris. Quelques adhérences ont dû s'établir entre la plaie cutanée et l'ouverture intercostale. Nous ne cherchons pas à les détruire, mais notre stylet ne retrouve plus l'ouverture intercostale par laquelle nous l'avions plusieurs fois très-facilement introduit. Même pansement, avec cette différence que la mèche introduite ne dépasse pas le tissu cellulaire sous-cutané.

Soir. La journée a été excellente. L'enfant est sorti de une à trois heures de l'après-midi ; il n'a pas eu de rougeurs erratiques sur les joues ; c'est à peine s'il a été un peu en moiteur pendant son sommeil du milieu du jour. Il a joué ; il a pris un bon potage et trois cuillerées de jus de viande. La respiration s'entend bien dans tout le côté gauche, il n'y a aucun bruit de frottement pleural, et cependant la sonorité est notablement moindre à gauche qu'à droite.

17 avril. La mère, fatiguée, prend 0,20 d'iodure de potassium chaque jour à partir d'aujourd'hui. Dès ce moment l'enfant va lentement de mieux en mieux. La mèche n'est plus remplie ; nous perdons l'enfant de vue pendant quelques jours.

24. Il nous est apporté dans notre cabinet, il paraît tourmenté par la dentition. La plaie fistuleuse est complétement cicatrisée. Le petit convalescent sort tous les jours et n'est content qu'à la promenade ; dans la maison, il est inquiet, a des chaleurs erratiques, dort mal ; cependant il se nourrit bien et ses selles sont régulières.

4 mai. L'enfant considéré comme guéri, est présenté à l'Académie des Sciences et Lettres de Montpellier. Il y a encore très-peu de sonorité du côté malade, qui paraît sensible à la percussion. La respiration s'entend dans les deux tiers supérieurs en avant et en arrière ; elle est rude, sifflante ; pas de bruit de frottement. Le rachis est fortement déjeté à gauche, et le côté gauche est notablement rétréci.

16. On nous apporte l'enfant, parce que sa mère trouve qu'il dépérit depuis quelques jours. Il veut à peine manger ; il tousse beaucoup, par quintes précipitées, analogues à celles de la coqueluche, et quelquefois ces quintes amènent le vomissement. Sa bonne prétend qu'elle lui a vu vomir des matières verdâtres, analogues à celles qu'elle a vu extraire par la plaie thoracique ; ces matières n'ayant pas été conservées, leur nature reste douteuse.

20 juin. L'enfant se rétablit à vue d'œil, il tousse à peine, son embonpoint et ses couleurs reparaissent ; la nutrition s'effectue avec vigueur. Le travail de la dentition se complète sans accidents. L'épaule gauche commence à se relever.

3 novembre. L'enfant va très-bien ; la déviation du rachis est à peine sensible. On se décide à le sevrer.

30 mars 1864. L'enfant a passé un excellent hiver ; il ne s'est pas enrhumé une fois. Il marche tout seul depuis plusieurs mois, et il commence à parler distinctement. Il s'est bien fortifié. La déviation de l'épine, l'abaissement de l'épaule et le rétrécissement du côté n'existent plus. La respiration est normale ; il reste une très-légère obscurité du son en arrière.

L'enfant est pour la seconde fois présenté à l'Académie des Sciences et Lettres de Montpellier.

Novembre 1865. Henri J.... est redevenu un fort bel enfant. Il va à la pension, et n'a plus été malade depuis sa thoracentèse.

L'observation qui précède nous paraît être d'un grand et fécond enseignement. L'âge de l'enfant, le caractère exceptionnel de l'opération qu'il a subie, la guérison rapide qui en a été la conséquence, l'absence des accidents qu'on a signalés dans la plupart des cas analogues, les circonstances enfin au milieu desquelles ce fait s'est produit, lui donnent un véritable intérêt. La thoracentèse, en effet, nous l'avons dit, est très-rarement opérée à Montpellier, dans la pratique civile, et nous ne croyons pas qu'elle y ait encore été faite chez un enfant [1].

H. Guinier,
Agrégé à la Faculté de Montpellier.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de l'angine couenneuse et du croup par le baume de copahu et le poivre cubèbe. Tant de médicaments ont été prônés contre le croup, qui, expérience faite, se sont trouvés sans valeur, que nous ne pouvons nous défendre d'un sentiment de défiance pénible chaque fois que nous en voyons présenter un nouveau comme propre à guérir cette terrible maladie. Mais, cependant, précisément parce que cette maladie est terrible, parce qu'elle fait beaucoup de victimes, et aussi parce qu'étant spécifique, on peut espérer lui trouver un remède spécifique, on verra constamment les médecins chercher un tel remède. Cela étant, n'avons-nous pas, pour mettre les praticiens à même de vérifier et de juger, à enregistrer toutes les tentatives, surtout si elles paraissent rationnelles, ou bien si, étant purement empiriques, elles ont été suivies de guérison ou simplement d'amélioration de la maladie? C'est sous la restriction de ces remarques que nous offrons à nos lecteurs les trois faits suivants, dus à l'observation du docteur Trideau, médecin à Andouillé (Mayenne).

1. Le 13 août dernier, une petite fille de sept ans fut prise d'une fièvre violente, refusa de manger et se mit au lit. Le lendemain, aux questions qui lui furent faites, si elle avait mal à la gorge, elle répondit que non, et dîna comme d'habitude; sa mère remarqua qu'elle salivait abondamment. Elle fut amenée chez M. Trideau, qui constata l'existence d'une très-forte fièvre, pouls à 125, l'augmentation de volume de l'amygdale gauche entièrement recouverte de fausses membranes, quelques fausses membranes seulement sur l'amygdale droite. Sirop de copahu, une cuillerée à café toutes les deux heures, en alternant avec une demi-cuillerée à bouche du sirop simple, tenant en suspension 50 centigrammes de poivre cubèbe récemment pulvérisé. Le 15, fièvre diminuée; efforts de vomissements, tristesse, luette collée sur l'amygdale gauche toujours recouverte de fausses membranes; cesser le sirop de copahu; 75 centigrammes de cubèbe toutes les deux heures. Le 16, sommeil toute la nuit d'une manière très-bruyante et la bouche ouverte; dans la matinée, la mère a arraché, avec le manche d'une cuillère, plusieurs fausses membranes; en même temps, il venait du sang; depuis, gorge douloureuse, dévoiement; le soir, rejet de fausses membranes qui semblent venir du larynx, respiration plus facile, cependant encore quelques fausses membranes sur les amygdales, mais moins épaisses que les premières : même prescription. Le 17, fièvre complétement tombée, rejet de plusieurs fausses membranes très-volumineuses; il n'existe plus sur

[1] Extrait d'un livre de clinique médicale sous presse.

les amygdales que quelques points blancs, appétit revenu, respiration naturelle. Les 18 et 19, nouveau rejet de fausses membranes; l'enfant a repris ses jeux. Le 20 guérison complète. Il avait été pris en tout 48 grammes de cubèbe et 8 cuillerées à café de sirop de copahu.

II. Jeune fille de quatorze ans, prise, le 24 août, de fièvre avec mal de gorge. Le 25 excision, puis cautérisation de l'amygdale gauche par un médecin Le 26, l'amygdale droite est envahie à son tour. Le 27, M. Trideau trouve la jeune malade avec de la fièvre; pouls à 118, les deux amygdales recouvertes de grandes membranes, moins épaisses à droite: demi-cuillerée à bouche de sirop de copahu toutes les deux heures, alternant avec une cuillerée de sirop simple tenant en suspension 1 gramme de cubèbe. Le lendemain, fausses membranes presque complètement dépourvues; pas de fièvre. Cessation du copahu qui n'est plus toléré; continuation du cubèbe. Le 29, aucune trace de fausses membranes, retour de l'appétit; guérison. 60 grammes de sirop de copahu et 24 grammes de cubèbe ont été pris.

III. Croup d'emblée chez un jeune garçon de onze ans, malade depuis le 5 octobre, amené le 8 chez M. Trideau, et dont le frère était mort la veille d'une angine couenneuse traitée par la cautérisation. Mal de gorge, respiration sifflante, aphonie complète, toux croupale; amygdales et fond du pharynx tapissés de fausses membranes disposées en îlots; engorgement ganglionnaire du côté droit; pouls à 118. Sirop de copahu et poivre cubèbe, comme dans le cas précédent. Le lendemain, pouls tombé à 92; l'aphonie persiste, mais la toux n'est plus croupale, elle est grasse. Le 10, aphonie disparue, respiration libre, fausses membranes se détachant facilement; cessation du copahu qui provoque une répugnance invincible, continuation du cubèbe. Le 11, plus de fausses membranes, gaieté, appétit. L'enfant a pris 60 à 80 grammes de sirop de copahu et 24 grammes de cubèbe. — Une remarque consignée dans les trois observations, c'est que, pendant le traitement, le sommeil a été profond et qu'on a eu de la peine à réveiller les malades pour leur administrer les médicaments. (*Gaz. des hôpit.*)

Tétanos traumatique; bons effets de l'acupuncture. Un homme âgé de trente-sept ans, de force ordinaire, d'une bonne santé et d'habitudes régulières, ouvrier dans une scierie mécanique, fut blessé à la tête par l'action d'une scie circulaire, et eut une petite portion de l'os frontal dénudée. La plaie guérit facilement, et, dans l'espace de quinze jours, elle était cicatrisée; mais le quatrième jour qui suivit l'accident, l'orbiculaire palpébral droit commença à être le siége d'une contracture qui gagna de proche en proche, en sorte qu'au bout d'une semaine les muscles des mâchoires et ceux du cou étaient devenus plus ou moins rigides. A ce moment, le 27 juillet, le blessé, ramené à la ville d'Ottawa (Canada), fut confié aux soins du docteur Grant: le trismus était très-prononcé, et rendait impossible l'ouverture de la bouche. Le 1er août, les symptômes s'aggravèrent: tous les muscles de la face contractés, ceux du cou, du thorax, de l'abdomen considérablement tendus et rigides, ainsi que les muscles spinaux, d'où incurvation légère du tronc en arrière; ceux des membres, non affectés; les spasmes toniques revenant avec plus d'intensité environ toutes les deux heures, et s'accompagnant de beaucoup de souffrance. Malgré divers moyens purgatifs, glace sur le rachis, chlorodyne, extrait de chanvre indien, acétate de morphine, l'état ne s'améliora pas, et la roideur ne tarda pas à envahir les bras et les jambes; en même temps dysphagie prononcée et grande dyspnée. Dans ces conditions, le docteur Grant se résolut à tenter l'effet de l'acupuncture.

Le 3 août, trois aiguilles furent enfoncées dans les muscles du cou, de chaque côté, jusqu'à une profondeur d'environ un pouce du rachis, et à une distance d'un pouce l'une de l'autre. Avant cette opération, les muscles du cou étaient dans un état de roideur et de dureté considérables, qui rendait impossible tout mouvement de rotation de la tête, et qui opposa une assez grande difficulté à l'introduction des aiguilles. Cette introduction ne donna lieu qu'à peu de douleur. A peine avait-elle été faite que le patient s'écria qu'il éprouvait un très-grand soulagement. Les aiguilles furent retirées au bout d'une minute, avec beaucoup plus de facilité qu'on n'en avait éprouvé à les introduire, et alors le malade put tourner la tête avec assez d'aisance, grâce à une di-

minution marquée de la rigidité musculaire: la déglutition se fit aussi avec moins de peine. A la suite de cette expérience encourageante, on pratiqua quotidiennement l'acupuncture sur les muscles rigides des régions cervicale, dorsale et lombaire. Au bout de quatre jours, l'amélioration était des plus satisfaisantes : physionomie bonne, possibilité d'écarter les mâchoires, d'avaler les aliments, de respirer, éloignement et affaiblissement des convulsions toniques, sommeil. Tous les symptômes disparurent ensuite graduellement avec assez de rapidité, et le 25 août, moins d'un mois après le début d'un tétanos qui avait paru devoir emporter le blessé, celui-ci put retourner chez lui parfaitement rétabli. (*Med. Times and gaz.*)

Paraplégie ; guérison immédiate à la suite de l'expulsion d'un tænia. Mary L., âgée de vingt-neuf ans, mariée et mère de trois enfants, après avoir joui d'une bonne santé jusqu'à son dernier accouchement en septembre 1864, est devenue sujette, à partir de cette époque, à de fréquents accidents morbides consistant en migraines, vertiges, douleurs abdominales et faiblesse des membres, auxquels divers moyens employés n'apportèrent aucun soulagement. Depuis quelque temps elle remarquait que le dernier de ces symptômes, l'affaiblissement des membres, allait croissant: lorsque le 10 mai 1865, elle se trouva tout à fait incapable de se tenir debout ou de marcher, et réclama les soins du docteur Mac Kendrick d'Aberdeen. La paralysie n'était pas complète ; la station debout et la marche étaient impossibles ; mais, placée dans le décubitus dorsal, la malade pouvait imprimer à ses membres inférieurs les mouvements de rotation et de latéralité ; il n'en était pas de même de ceux de flexion qui faisaient absolument défaut. Il n'y avait pas de douleur spontanée, non plus qu'à la presion ou à la percussion sur le trajet de l'épine dorsane, pas de sensation de constriction autour de l'abdomen, pas de paralysie du rectum ni de la vessie, pas de picotements ou de fourmillements en aucun point. L'impuissance était au même degré dans les deux membres, la sensibilité conservée d'un côté comme de l'autre, à température égale. En pinçant fortement, ou en appliquant alternativement des éponges trempées dans l'eau chaude et dans l'eau froide, on observait des secousses dans les muscles fléchisseurs, secousses qui n'avaient pas lieu sans ces exitations. Il y avait des désordres prononcés du côté du tube intestinal, et la langue présentait l'aspect qu'elle revêt dans la scarlatine. M. Mac Kendrick apprit tout à fait par hasard, que depuis plusieurs mois la malade rendait habituellement dans les évacuations alvines des fragments de tænia. En supposant que la présence de l'helminthe ne fût pas la cause efficiente des accidents, dont la pathogénie était d'ailleurs tout à fait obscure, il n'y avait pas moins indication de provoquer l'expulsion du parasite. Une dragme et demie d'huile de fougère mâle fut administrée, et détermina le lendemain matin le rejet d'un tænia *mediocanellata* de vingt pieds de long, avec la tête. Quatre jours après, la malade avait complétement recouvré l'usage de ses membres, et la plupart des symptômes dyspeptiques avait disparu (*Lancet*, 9 sep. 1865).

Pseudarthrose guérie à l'aide de la rugination sous-cutanée des fragments. C'est un point difficile en chirurgie de séparer nettement ce qu'on doit appeler fracture non consolidée de ce qui mérite le nom de fausse articulation ou *pseudarthrose* ; ce serait pourtant une distinction d'un très-grand intérêt pratique, car il est clair que les mêmes moyens de traitement ne sauraient être appliqués et à une consolidation seulement retardée, et à une articulation normale complétement organisée. Aussi, importerait-il de ne jamais faire servir la même dénomination à désigner deux choses qui, pour avoir souvent la même lésion pour point de départ, sont cependant loin d'être identiques ; c'est là une confusion qu'il y a peut-être lieu de regretter dans le titre reproduit en tête de cet article. Quoi qu'il en soit, le fait n'en est pas moins intéressant, et nous le rapportons en l'abrégeant un peu.

A. P***, homme vigoureux, âgé de vingt-huit ans, fut renversé, le 8 avril 1864, par une locomotive et atteint de fracture de l'humérus à 8 centimètres du pli du coude, avec plaie en arrière, large, mais ne donnant pas issue aux fragments. Un premier appareil fut appliqué le lendemain, puis un second plus complet, huit jours après, tous deux permettant de panser la plaie.

Au bout d'un mois, celle-ci était cicatrisée, mais il ne s'était pas produit le moindre travail de consolidation, résultat fâcheux qui ne paraissait dépendre d'aucune disposition diathésique chez le malade, mais uniquement de la présence de la plaie qui avait empêché d'immobiliser complétement les fragments. Dans cet état, P*** entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 15 octobre, dans le service de M. Delore. La fracture est des plus faciles à reconnaître, elle est oblique de haut en bas, et d'avant en arrière; les fragments sont aussi mobiles que si l'accident était récent, et l'inférieur proémine en avant. Le 20 octobre, le chirurgien essaie, par le *frottement des fragments*, d'exciter le travail organique qui doit en amener la consolidation; mais cette tentative resta sans succès, car sept semaines après, les choses sont à peu près dans la même situation. En conséquence, M. Delore se décide, à recourir à un moyen plus efficace et, le 19 décembre, le malade étant endormi, il plonge un ténotome court et fort au niveau de la fracture, au milieu de la face postérieure du bras, pour éviter plus sûrement la lésion des nerfs et des vaisseaux, et il rugine pendant cinq ou six minutes les surfaces des fragments; puis, la petite plaie étant oblitérée avec du collodion, le bras est placé dans un appareil amidonné, qui immobilise les fragments. Le 25 janvier, le membre est découvert; il n'est ni douloureux ni tuméfié; on constate un commencement de consolidation. Quelques jours après, le malade est renvoyé avec un nouveau bandage amidonné. Deux mois après, la consolidation est obtenue, l'humérus très-solide, et P*** peut commencer à se servir de son membre. Le 20 août 1865, il est vu une dernière fois; la guérison ne s'est pas démentie: le cal, parfaitement appréciable au toucher, est très-solide; il y a encore une certaine gêne des mouvements; le membre ne présente ni raccourcissement ni allongement.

Ce procédé, qui a si bien réussi entre les mains de M. Delore, pourra être utilisé par d'autres praticiens. Mais, bien que moins dangereux que celui qui consiste dans la *résection des fragments*, il est certainement moins inoffensif que le moyen qui a donné un beau succès entre les mains de Lenoir, dans un cas de fracture non consolidée du fémur (V. *bull. de thérap.*, t. XXX, p. 140) et qui paraît cependant avoir été oublié, nous voulons parler de l'emploi de l'acupuncture. (*Gazette des hôpitaux.*)

Ascite guérie par une injection iodée. L'observation suivante a été recueillie par M. de Darvieu dans le service de M. Guyénot à l'hôpital de Lyon.

Au mois de mars dernier, J. C., poêlier, à la suite d'une dyssenterie de moyenne intensité, vit tout à coup son ventre considérablement augmenter. — Dès cette époque, l'hydropisie fut reconnue et diversement traitée jusqu'au 6 octobre, date de l'entrée du malade, salle Sainte-Marie, service de M. Guyénot.

Doué d'une bonne constitution, ce malade, âgé de quarante-six ans, présentait alors des parois abdominales fortement distendues, luisantes, avec saillie de l'ombilic, mates et donnant la sensation du flot. — La transpiration cutanée avait disparu depuis longtemps; l'urine, sans albumine, était rare et limpide. La respiration, la circulation ne présentaient rien d'anormal, sauf un peu d'œdème des extrémités survenu deux mois après le début, et quelques râles muqueux sans importance.

Il n'y avait ni obstacle à la circulation, ni altération rénale; on ne pouvait invoquer l'anémie ou la tuberculisation. Restait la cirrhose, les troubles des fonctions de la peau ou la péritonite sub-aiguë: c'est à cette dernière hypothèse qu'un examen réitéré nous conduisit.

Les émétiques, les drastiques, les purgatifs salins furent tour à tour employés sans succès; enfin, le 26 octobre, la tension et le volume du ventre augmentant, la ponction fut pratiquée; l'examen de l'abdomen, fait alors dans de meilleures conditions, donna un resultat négatif. — Il s'écoula un liquide citrin contenant quelques grumeaux albumineux, traces tangibles d'une inflammation de la séreuse confirmant le diagnostic. — Le liquide fut évacué autant que possible, et l'injection suivante fut pratiquée.

Teinture d'iode......	50 grammes.
Iodure de potassium.	5 grammes.
Eau................	160 grammes.

Tout le liquide fut laissé dans la cavité séreuse. — Des douleurs abdominales très-vives persistèrent pendant quatre à cinq heures. Le pouls monte de 80 à 120. — Cependant le

ventre avait conservé sa souplesse; sa température était modérée, bien que la palpation réveillât la douleur. — La langue était humide; il n'y avait ni faim, ni soif anormale, ni chaleur au gosier, ni troubles nerveux, en un mot, aucun phénomène d'iodisme. — Le 30, le ventre était indolent, et le pouls battait 80. — Le malade, revu le 25 décembre, se livre depuis deux mois à l'exercice de sa profession, et l'examen confirme l'idée d'une cure radicale.

Pour assurer l'action de l'iode, toute l'injection a été laissée dans la séreuse.

Cette manière de faire est justifiée par ce fait assez généralement admis aujourd'hui que les accidents d'iodisme sont beaucoup moins à redouter qu'on n'avait pu le croire.—Quant aux accidents locaux, toute la question est de les empêcher de dépasser certaines limites, puisqu'ils sont nécessaires à la guérison. — Pour déterminer ces limites, il faut s'enquérir du mode d'action de l'iode. — Si l'on admet que l'iode des injections n'agit localement que précipité de sa disolution, c'est-à-dire à l'état métallique, on sera forcé de conclure : 1° que l'action locale étant la seule à rechercher, on devra éviter tout ce qui la diminue; 2° que l'alcool ajouté à l'injection ou à l'iodure de potassium, en rendant plus soluble le mélange, c'est-à-dire en divisant davantage l'iode métallique, favorise l'absorption et diminue l'action locale ; il serait préférable d'adopter un liquide uniquement composé d'eau et de teinture d'iode, dont les proportions varieraient suivant la modification locale à opérer. (*Gazette médicale de Lyon.*)

Du traitement de la constipation par l'atropine. L'indication de la belladone contre la constipation paraissait ne devoir plus prêter à aucune considération nouvelle après les travaux de Bretonneau, Trousseau, Fleury, Brinton, Routh, Fuller, Leared, etc.; M. Fleming apporte cependant une explication particulière du genre d'action, et fait connaître un mode plus méthodique d'administration de cet agent.

Selon lui, l'effet de l'atropine est le même sur l'intestin que sur les autres muqueuses. Si elle donne une sensation de sécherese à la bouche, si elle provoque de fréquentes envies d'uriner, c'est parce qu'elle suspend sur ces membranes la sécrétion muqueuse. De même, elle diminue ou arrête la sécrétion intestinale, et la surface de l'intestin, n'étant plus protégée par le mucus, ressent plus vivement le contact des matières fécales; dès lors, ce contact suffit pour provoquer la contractilité expulsive.

D'autre part, on sait que l'atropine resserre les petites artères. Or, les intestins distendus par les matières sont dans un état de congestion qui contribue à produire leur inertie. L'atropine s'opposant à l'abord du sang dans l'intestin, diminue son état congestif, et favorise le rétablissement de son action naturelle.

Quoi qu'il en soit de ces explications, voici comment M. Fleming a réglementé le traitement par l'atropine. Il a, d'abord, sa solution normale ainsi composée :

Atropine, 5 centigrammes. Dissolvez dans : eau distillée 20 grammes, à l'aide de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, et ajoutez alcool rectifié de manière à obtenir 40 grammes de solution.

D'autre part, il administre, matin et soir, à jeun, le mélange suivant :

Sulfate de magnésie.	4 grammes
Acide sulfurique aromatisé.............	10 gouttes
Teinture d'orange..	4 grammes
Eau.............	32 grammes

On ajoute à celle des deux doses qui doit être prise le soir 10 gouttes de la solution d'atropine, et l'on augmente la quantité de deux gouttes tous les jours, jusqu'à production des effets physiologiques du remède (dilatation de la pupille, sécheresse de la gorge, soif). Il faut, quelquefois, pour obtenir ces effets, aller jusqu'à 40 ou 50 gouttes. On diminue alors la dose et on la continue, ainsi réduite, deux ou trois semaines, puis on cesse graduellement.

L'auteur fait aux praticiens la recommandation expresse de visiter leur malade deux fois par jour; car il importe de ne pas dépasser un léger degré de l'action physiologique du médicament. (*British medical journal* et *Gaz médicale de Lyon.*)

De l'emploi de l'iode comme moyen de traitement curatif de la fièvre typhoïde. Le docteur Regis se trouvait, il y a quelques années, au milieu d'une épidémie de fièvre typhoïde caractérisée, dès son début, par la prédominance marquée

des phénomènes nerveux, qui ne tardèrent pas à s'aggraver. Attribuant un état ataxique si rapide et si grave aux effets d'une intoxication miasmatique agissant à la façon d'un ferment putride, il chercha à en arrêter la marche au moyen de l'iode intus et extra. Il soumit, en conséquence, quelques malades à l'usage de la pommade iodée, en frictions sur le ventre, pendant qu'à l'intérieur, il leur faisait prendre, toutes les deux heures, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Sirop de sucre.. . .	30	grammes.
Eau de fleurs d'oranger.	20	—
Eau de tilleul.. . .	60	—
Teinture alcoolique concentrée d'iode.	0,20	

Dans tous les cas où cette médication fut appliquée, c'est-à-dire chez six malades, M. Regis remarqua la prompte diminution, puis la cessation des symptômes nerveux. (*Gazette hebdomadaire*, N° 52, 1865.)

Traitement expéditif du coryza. Nous avons fait connaître récemment le nouveau mode de traitement du coryza par les inhalations iodées, dû à M. le docteur Luc. Voici un nouveau moyen très-expéditif, indiqué par le docteur Paillou (de Sainte-Foy), et dont l'application exigerait, non plus quelques heures, mais quelques minutes seulement.

Il consiste à passer plus ou moins rapidement sous le nez un flacon préalablement débouché, renfermant quelques grammes d'ammoniaque liquide. La rapidité qui doit présider à cette inhalation est en rapport avec l'intensité et le degré de la phlegmasie nasale. Si l'odorat est aboli, si les narines sont bouchées par suite du gonflement de la muqueuse, et partant la respiration impossible par ces canaux, on fait maintenir sous le nez le flacon d'alcali volatil jusqu'à ce que les vapeurs de cet agent soient perçues, ce qui ne tarde pas à arriver, et ce résultat obtenu, le flacon est aussitôt retiré, pour être, quelques minutes après, repassé sous le nez, mais cette fois plus rapidement.

En répétant cette petite manœuvre opératoire sept ou huit fois dans l'espace de quatre à cinq minutes, l'occlusion des narines a cessé, la perception sensoriale est revenue et la sécrétion du mucus irritant est tarie. Il ne reste dans les fosses nasales — et encore pas toujours — que quelques croûtes absolument insignifiantes dues à l'inflammation substitutive produite par les émanations de l'ammoniaque.

M. le docteur Paillou a plusieurs fois employé ce moyen sur lui-même, et depuis douze ans il le conseille dans sa clientèle avec un succès toujours complet. (*Gaz. méd. de Lyon* et *Gaz. des hôpitaux.*)

Luxation en arrière de la phalangette du médius droit; Réduction; Guérison. Les luxations des phalangettes sont assez rares pour qu'il soit utile d'enregistrer les cas que l'on rencontre, d'autant plus que leur réduction a quelquefois offert certaines difficultés. Nous avons vu, il y a quelques jours dans l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Foucher, un blessé qui présentait une lésion de ce genre. C'était un homme de quarante ans environ, qui avait fait une chute étant ivre. Les circonstances de la chute n'ont pu être indiquées. Au plus simple examen, le médius droit était visiblement raccourci d'un demi-centimètre, et vers sa partie moyenne, on remarquait une déformation notable. La palpation faisait vite reconnaître, sur la face dorsale du doigt, une saillie nettement limitée et formée par l'extrémité postérieure de la phalangette, et en arrière de cette saillie, il existait une dépression. — Sur la face palmaire, on rencontrait la saillie arrondie formée par l'extrémité antérieure de la phalange. Le doigt était dans l'extension complète. — Pour opérer la réduction, M. Foucher, saisissant la phalangette au moyen de la pince à réduction de Mathieu, exerça une traction directe, pendant que son pouce appuyait sur l'extrémité postérieure de l'os luxé. Lorsque la traction fut jugée suffisante, un mouvement de flexion acheva la réduction, et le malade quitta l'hôpital le lendemain (*Journal des connaiss. médico-chirurgicales*).

VARIÉTÉS.

Par arrêté ministériel en date du 18 janvier 1866, M. le docteur Wurtz, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé doyen de cette Faculté.

M. Charles Robin vient d'être élu membre de l'Institut (Académie des sciences), en remplacement de M. Valenciennes.

Par arrêté ministériel en date du 9 janvier, M. Georges Bergeron, étudiant en médecine de la Faculté de Paris, lauréat de ladite Faculté, a été nommé officier d'Académie, en récompense de son courage et de son dévouement pendant la dernière épidémie cholérique.

Par divers arrêtés ministériels :

M. Jarjavay, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chirurgien du lycée impérial Saint-Louis, en remplacement de M. Moulin.

M. Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, est nommé médecin du lycée impérial Saint-Louis, en remplacement de M. Allibert.

Par décret en date du 6 janvier 1866, M. Bouley, professeur à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, a été nommé inspecteur général des Ecoles vétérinaires, en remplacement de M. Lecocq, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

Par décret du 23 décembre 1865, ont été promus, dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

1° Au grade de médecin aide-major de 1re classe, MM. les aides-majors de 2e classe : Pellegrin, Papillon, Bleicher, Puigaud, Cros, Hériot, Fournier, Gérard, Rinaldi, Fabriès, Phélippon, Vaumerris, Duchemin, Bontemps, Barbier, Cuvillon, Klée, Brousson, Renaud, Bertele, Jacquez, Jossot, Gaumé, Bertrand, Crouzillard, Thurel, Delmas, Louis, Rhemis, Lomet, Dumayne, Suurel, Pineau, Ricou, Arnaud, Beauliès, Montet, Josien, Planque, Thomas, Aubert, Delurt ;

2° Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe, M. le pharmacien aide-major de 2e classe Ulrich.

La première série des épreuves pour le concours d'agrégation en médecine vient de se terminer.

Ont été déclarés admissibles, par ordre alphabétique : MM. Ball, Barnier, Baudot, Blachez, Desnos, Ferrand, Gouraud, Isambert, Martineau, Paul, Péter, Proust, Raynaud, Simon.

Par suite de la retraite de M. Cullerier, M. L. Le Fort, chirurgien des Enfants assistés, passe à l'hôpital du Midi. M. Liégeois, chirurgien du Bureau central, remplace M. Le Fort à l'hôpital des Enfants assistés.

La Société médicale de l'Elysée vient de constituer son bureau pour 1866 : Président, le docteur Gallard ; — vice-président, le docteur Rotureau ; — secrétaire général, le docteur Siry ; — secrétaire particulier, le docteur Pierreson ; — trésorier, le docteur Linas.

Faculté de médecine de Paris. — Cours clinique des maladies des yeux. — M. Foucher commencera ce cours le lundi 29 janvier, à deux heures, au Bureau central des hôpitaux, parvis Notre-Dame.

La visite des malades et les leçons auront lieu les mardis et les vendredis, de deux à quatre heures.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Traitement du choléra.

Par M. A. Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine.

Le choléra de 1865 n'a prélevé qu'un petit nombre de victimes sur l'immense population de la capitale : environ 4,000 sur près de 1,700,000 habitants. Mais, pour avoir frappé moins de têtes, le fléau indien n'a rien perdu de sa puissance meurtrière; car la proportion des morts, eu égard au chiffre des malades, n'est pas inférieure à celle des grandes épidémies. Cette proportion, pour l'ensemble des hôpitaux de Paris, s'élève vraisemblablement à 55 pour 100.

En face d'un tel résultat, il est difficile de se faire illusion sur la faiblesse de notre défense contre un ennemi si redoutable. Ce n'est pas une raison, toutefois, pour désespérer de l'avenir. Certaines vérités de détails commencent à se dégager; d'autres se feront jour plus tard. Il est donc permis d'espérer qu'une science plus éclairée allégera de quelques unités le lourd tribut payé trop souvent à la maladie asiatique. Que cette perspective soutienne notre courage. Quand il s'agit de la vie humaine, un bénéfice, si minime qu'il paraisse, n'est jamais à dédaigner.

L'épidémie actuelle n'a vu surgir, parmi nous, aucune méthode nouvelle de traitement. Les médecins, pressés d'agir, ont généralement suivi les errements du passé, ceux-ci dans un sens, ceux-là dans un autre; chacun selon ses préférences.

Est-ce à dire que la thérapeutique soit demeurée absolument stationnaire et qu'aucun progrès n'ait été accompli? Non, certainement; car, d'un côté, certaines médications ont perdu le terrain que d'autres ont gagné; il s'est même produit quelques tentatives d'innovations ; d'autre part, nous avons reconnu que des manières d'agir, d'ailleurs très-rationnelles, mais employées intempestivement, pouvaient devenir nuisibles. Enfin, chose importante, l'idée d'opposer des remèdes spécifiques à une cause spécifique, s'est affaiblie dans l'esprit de la génération contemporaine, et les médecins commencent à comprendre que le choléra, de même que les autres maladies à poisons morbides, réclame un traitement fondé sur les indications et variable comme celles-ci, c'est-à-dire comme la diversité des troubles fonctionnels ou des lésions d'or-

ganes. A elle seule, une pareille conversion, si elle était complète et universelle, constituerait, selon nous, un immense progrès.

La croyance à une absolue spécificité d'action de la part de chacun des agents de la matière médicale est profondément enracinée dans l'esprit du vulgaire et s'applique aussi bien au simple mélange des diverses productions naturelles, obtenu par l'art, qu'aux espèces minérales, végétales ou animales. Tel qui dédaigne les pilules *ante cibum* professe une foi robuste dans les *grains de santé*. Celui-ci vante l'eau des Carmes ; celui-là préfère l'eau des Jacobins. Les médecins, je le sais, font meilleur marché des *recettes*, mais ils ne font pas suffisamment justice des erreurs qui les dictent et les propagent. D'ailleurs, ils ne sont pas eux-mêmes assez exempts de préjugés à l'endroit des actions spécifiques : ils croient trop aux vertus antiphlogistiques, antipériodiques, antispasmodiques, et trop peu aux effets de la stimulation ou de la paralysie du système vaso-moteur, démontrés par la physiologie expérimentale.

Il semblait que Broussais eût fait table rase des entités pathologiques comparables aux êtres créés. Non, les idées ontologiques demeurent vivaces, attachées à des mots trompeurs, et elles ont pour corrélatif la doctrine de la spécificité thérapeutique. En veut-on une preuve tirée du sujet même de ce travail? Un homme, pour avoir bu trop d'eau froide dans la saison caniculaire, est pris d'entérorrhée subite, de résolution des forces, de crampes, d'oppression épigastrique, d'anurie ; il devient froid, bleu, etc. ; on dit qu'il a le choléra *sporadique*, exactement comme on appellerait sporadique un cas isolé de petite vérole. Or, pour rester dans le vrai, c'est *choléra nostras* qu'il faudrait dire, attendu l'absence de la cause spécifique. On oublie que l'identité syndromique est compatible avec la diversité des conditions causales, et qu'il n'est pas un symptôme, ni même un syndrome, qui, attaché exclusivement à une cause pathogénique, puisse en devenir par là le signe infaillible. L'opinion contraire dérive de cette conception erronée : à savoir, que les maladies ont une existence indépendante des organes normaux, et que leurs phénomènes obéissent à des lois exceptionnelles. Ces croyances poussent droit à l'empirisme thérapeutique et à la multiplication des spécifiques, appelés nécessairement à devenir aussi nombreux que les espèces nosologiques elles-mêmes. Voilà pourquoi il faut à toute force un spécifique contre le choléra, tandis qu'on se contenterait d'une médication rationnelle contre une affection semblable réputée cholériforme.

C'est, à mon avis, le contre-pied du progrès.

La spécificité thérapeutique ne peut s'entendre que d'une action élective, distincte, sur un organe ou un appareil organique, telle que l'action mydriatique de la belladone ou l'action excito-motrice de la strychnine. Envisagée comme une puissance occulte, inexplicable, parce qu'elle est irréductible aux propriétés connues de la matière organique ou non et gouvernée selon d'autres lois, c'est une chimère que condamne la science biologique. De même, à prendre le mot dans son sens habituel, il n'y a de spécificité en pathologie que celle de certaines causes efficientes du genre des miasmes, des virus: lesquelles sont assimilables aux ferments et à d'autres êtres très-simples placés sur les confins des deux règnes. Mais cette sorte de spécificité n'est la source d'aucune indication curative.

Pour qui sait, en effet, que les poisons morbides ne sauraient être atteints ni combattus efficacement dans l'intérieur de l'économie et que les mêmes dérangements d'organes et de fonctions doivent être rétablis en tous cas par les mêmes procédés, quelles qu'en soient d'ailleurs les causes spécifiques ou communes : pour celui-là il n'y a pas de traitement à proprement parler spécifique. En d'autres termes, il n'y a pas d'antidote particulier à opposer à chaque poison morbide, mais seulement des moyens d'en contrecarrer les effets sur les êtres vivants en agissant sur les organes, tissus et liquides, dans un sens opposé à l'action morbifique, et en favorisant l'élimination de l'agent septique quand il existe.

La prétendue spécificité du mercure n'est pas moins illusoire que les autres. Ce métal est si loin de pouvoir neutraliser le virus syphilitique que, mêlé à du pus chancreux et inoculé avec lui, il n'empêche pas ce dernier de contaminer l'organisme, aussi bien que si le produit virulent était demeuré pur de tout alliage. Le sulfate de quinine, j'en suis convaincu, respecterait également les propriétés morbifiques du miasme palustre, s'il était donné au médecin de pouvoir saisir et condenser ce miasme de manière à en opérer le mélange avec l'antipériodique par excellence.

En définitive, sauf la prophylaxie, la médecine ne possède que des moyens d'agir sur l'organisme dérangé dans sa structure ou ses actions, elle n'a aucune prise sur les causes spécifiques en possession de l'organisme malade, ou du moins les agents auxquels elle pourrait s'adresser, pour atteindre ces causes, sont d'une telle violence et devraient être employés sous une telle puissance de concentration et de doses, que le sujet, frappé plus rudement encore que le parasite, périrait sans doute avant lui.

Tout porte à penser, en effet, que les virus sont des matières organiques azotées, sinon des organismes très-simples, agissant à la manière des êtres inférieurs connus sous le nom de *ferments*. Or si, nous laissant guider par l'analogie, nous tentions d'entraver l'évolution morbide par les moyens que l'expérience a reconnus propres à supprimer le travail de la fermentation, nous risquerions fort d'arrêter les rouages de la vie. A défaut de *ferments antagonistiques*, dont la découverte reste à faire, supprimera-t-on l'oxygène, l'eau ou la chaleur? Irons-nous transformer en composés imputrescibles, et partant inertes, les substances albuminoïdes du sang capables d'entrer en fermentation; soumettrons-nous l'économie au procédé du tannage ou de l'embaumement par les astringents, le chlorure de sodium ou le sublimé corrosif? Et, si l'on suppose simplement une substance organique azotée, essayera-t-on de la brûler par un courant de gaz nitreux ou de la déshydrogéner par le chlore? C'est pourtant là qu'il en faudrait venir pour paralyser le ferment morbide; c'est-à-dire qu'il faudrait anéantir du même coup la circulation, l'hématose, la nutrition : la vie, en un mot, dans l'organisme affecté.

Avouant sans détour notre impuissance, sachons donc renoncer à la recherche, jusqu'ici vaine, des remèdes spécifiques, et concluons que les maladies d'origine virulente ou septique, doivent être combattues par les mêmes moyens et d'après la même méthode que celles qui reconnaissent des causes dites vulgaires, à la condition de tenir compte de tous les éléments qui viennent alors compliquer le problème thérapeutique : à savoir, la multiplicité habituelle des lésions, leur prédominance dans les éléments généraux de l'organisme, la persistance de la cause pendant une période souvent très-longue de l'évolution des symptômes, enfin la nécessité de son extinction ou de son élimination.

Faisant au choléra l'application de ces principes, on doit reconnaître comme légitime la subordination du traitement aux exigences diverses résultant des lésions fonctionnelles et anatomiques qui traduisent l'empoisonnement par le miasme du Gange. Or, les phénomènes tour à tour dominants sont : 1° l'abondance des évacuations alvines ; 2° la spoliation séreuse du sang avec des altérations connexes; 3° l'anoxémie avec algidité et cyanose; 4° des vomissements incoërcibles ; 5° enfin des phénomènes réactionnels congestifs ou inflammatoires, variés. En outre, certains phénomènes accessoires de la période d'état prennent quelquefois une intensité qui leur donne une véritable importance : telles sont les

crampes et les douleurs épigastriques. Voilà autant de buts proposés à l'activité du thérapeutiste, et que, d'ordinaire, il doit poursuivre concurremment.

En effet, la précipitation des accidents vers le terme fatal, l'impuissance où l'on est d'étreindre le mal à son origine et d'arrêter les phénomènes initiaux dont les autres dépendent, l'impossibilité de s'opposer à l'altération primitive du sang, ou même de retenir dans la circulation ce flot séreux que la muqueuse digestive verse incessamment au dehors, la persistance des phénomènes à la suite des conditions pathogéniques qui les ont amenés, et la prédominance accidentelle de ceux d'ordre secondaire : tout concourt à nous interdire la préoccupation exclusive d'un symptôme principal ou dominateur. La nature du mal et sa marche rapide obligent à multiplier les efforts pour combattre de toutes parts et simultanément des désordres qui, dans l'espace de quelques heures, mettent l'existence en péril. Si, parfois, les moyens employés contre divers symptômes semblent s'exclure, la contradiction n'est qu'apparente. La diversité d'action est commandée par la diversité même des états organiques et, l'antagonisme n'existant qu'entre leurs effets locaux, des moyens opposés, appliqués en des lieux différents, réussissent par leur combinaison à restituer dans la normale l'économie jetée violemment hors de ses voies naturelles.

Mais toucher à cette question, c'est entrer prématurément dans l'exposition de la tactique thérapeutique, laquelle ne sera bien comprise que lorsque nous connaîtrons les agents à mettre en jeu et leurs associations méthodiques : je veux parler des remèdes et des médications. Reprenons donc successivement les symptômes principaux énumérés ci-dessus, afin de grouper autour de chacun d'eux les médications qui s'y rattachent naturellement.

Le premier dans l'ordre d'apparition est également le plus grave, et par son intensité habituelle et par la dépendance étroite dans laquelle il tient la plupart des autres phénomènes. C'est aussi le trouble fonctionnel contre lequel on s'est le plus évertué. Toutes les ressources de la matière médicale ont été mises à contribution ; mais, si nombreux que soient les moyens employés, ils relèvent à peu près tous des médications évacuante, absorbante, narcotique et stimulante.

Médication évacuante. — La méthode évacuante, malgré quelques vaillants défenseurs, voit diminuer graduellement l'estime dont elle

jouissait naguère auprès d'une partie des praticiens. Le raisonnement lui semblait pourtant favorable : « Le choléra, disait-on, est une intoxication, et le poison doit être expulsé. Or, la nature nous indique la voie d'élimination, puisqu'il se produit des évacuations par les deux extrémités du tube digestif. Ce qu'on a de mieux à faire, par conséquent, c'est de provoquer cette issue du principe délétère par des vomitifs ou des purgatifs, ou par ces deux ordres d'agents réunis. D'ailleurs l'analogie plaide en faveur de cette manière de faire, attendu que beaucoup de troubles digestifs, se rattachant à la vieille doctrine dos saburres, sont enrayés par un éméto-cathartique. » A ces raisons, d'autres raisons inductives, aussi nombreuses et non moins valables, pourraient être opposées avantageusement. D'ailleurs, les faits n'ont pas répondu aux prévisions des partisans de la méthode évacuanto, qui compte à peine deux ou trois défenseurs fervents au milieu d'un petit nombre d'adhérents passablement tièdes.

Un éminent confrère, M. le docteur Foissac, condamne au nom d'une expérience déjà ancienne l'emploi des purgatifs dont l'essai, en 1832, a produit des effets désastreux. Un clinicien consommé, M. Barth, se déclare hautement contre la méthode évacuante.

Dans l'épidémie actuelle, M. le docteur Vigla, avait débuté à l'Hôtel-Dieu par l'emploi régulier des éméto-cathartiques ; mais, peu encouragé par les résultats, il ne tarda pas à y renoncer, pour se borner à l'usage des stimulants diffusibles. Chez les enfants de l'hôpital Sainte-Eugénie, la méthode évacuante n'eut pas plus de succès entre les mains exercées de M. Bergeron. Enfin elle n'a pas réussi davantage chez les cholériques traités à l'hopital Lariboisière par notre distingué collègue, M. Oulmont.

De son côté, M. Chauffard a vu l'administration des purgatifs devenir le point de départ des accidents les plus graves. Quant à moi, j'ai eu *souvent*, je ne crains pas de le dire, l'occasion de constater des faits aussi désastreux dans le cours de l'épidémie actuelle et dans les précédentes, en sorte que l'influence fâcheuse des purgatifs et même des vomitifs, dans la plupart des cas d'affections cholériques, est passée dans mon esprit à l'état de conviction arrêtée. Bien des fois, à ma connaissance, l'administration d'un éméto-cathartique, d'un simple purgatif salin, d'une dose de 2 grammes d'ipéca, chez des sujets atteints de bronchite, de pneumonie, de rhumatisme, etc., et n'offrant jusque-là aucun symptôme cholérique, mais placés au milieu d'un foyer épidémique, a suffi pour déterminer instantanément le syndrôme du choléra confirmé et nécessi-

ter l'admission immédiate des malades à l'hôpital. De tout cet ordre d'agents, le tartre stibié est, sans contredit, le plus redoutable. Les purgatifs salins sont presque toujours dangereux, et l'ipéca lui-même est loin d'être constamment innocent. J'ai donc abandonné décidément les éméto-cathartiques, et j'ai conjuré les praticiens auprès de qui j'avais quelque crédit, d'y renoncer également.

En principe, je repousse la médication évacuante comme méthode générale de traitement, non-seulement dans le choléra confirmé, mais encore dans la cholérine et dans ce qu'on nomme la *diarrhée prémonitoire*. Cependant, lorsque des observateurs tels que MM. Bernutz, Brochin, Boucher (de la Ville-Jossy), Moissenet, Ripoll, se déclarent partisans de la méthode contre laquelle je m'inscris, j'éprouve le besoin d'expliquer davantage le motif de mes répugnances, partagées, comme on sait, par la majorité de nos confrères.

Si j'avais été témoin des faits défavorables auxquels je faisais allusion tout à l'heure, sans pouvoir m'en rendre compte théoriquement, et, à plus forte raison, si de pareils accidents avaient déconcerté mes prévisions fondées sur une doctrine physio-pathologique, je les eusse considérés comme de malheureuses coïncidences, sans me croire obligé à me dessaisir de moyens qui m'auraient paru rationnels. Mais telle n'était pas la situation de mon esprit. Au contraire, en considérant que le miasme cholérique porte à peu près invariablement ses efforts du côté de l'appareil digestif; que, par d'effroyables super-sécrétions intestinales, il dépouille rapidement le sang de sa partie aqueuse, entrave l'hématose et jette l'économie dans une torpeur qui prélude à la mort; en réfléchissant à cet enchaînement de symptômes, je redoutais d'avance l'intervention de moyens agissant dans le même sens que la cause morbide. L'événement, d'accord avec mes appréhensions, est venu confirmer mon interprétation et justifie désormais ma conduite.

Au reste, les exemples cités en faveur de la pratique contraire ne sont pas de nature à changer mes convictions, attendu que, d'une part, les vomi-purgatifs n'ont guère été administrés qu'au début ou dans la première période du mal, et que, d'autre part, leur usage a été suivi immédiatement de l'emploi des narcotiques et des stimulants diffusibles. Or, qui peut répondre que, dans un certain nombre de cas du moins, on n'avait pas affaire à de simples diarrhées ou à des embarras gastriques vulgaires? La distinction n'est pas si facile à établir. Qui sait encore jusqu'à quel point, lorsqu'il s'agissait d'une affection véritablement cholérique, les éva-

cuants n'ont pas contrarié les effets curatifs des stimulants et des opiacés, dont tout le monde s'accorde à reconnaître les avantages?

Au reste, la méthode évacuante n'est plus employée qu'avec des tempéraments qui en diminuent singulièrement la nocuité. Personne ne s'avise de recourir au tartre stibié, le plus héroïque des agents de la médication en litige. Les purgatifs, je le répète, ne comptent que de timides partisans. C'est donc sur l'ipéca que se fondent les principales espérances.

La racine émétique ne mérite peut-être pas au même degré que ses congénères la proscription que j'appelle contre le groupe des éméto-cathartiques. Toutefois je ne l'accepte, avec réserves, qu'à la condition d'en bien fixer d'avance les indications et de ne la prescrire qu'au début de l'affection, quand par hasard la langue est saburrale, rouge au pourtour, et qu'il n'existe encore ni refroidissement, ni selles riziformes, mais seulement des évacuations alvines, colorées ou bilieuses [1]. J'accorde même que de légers laxatifs puissent être utiles chez des sujets replets, nourris d'aliments copieux et échauffants, alors qu'ils sont surpris par les premiers symptômes de l'affection épidémique.

En dehors de ces conditions spéciales, je considère les éméto-cathartiques comme des auxiliaires plus ou moins énergiques du poison cholérique, et non comme d'utiles agents d'un traitement rationnel.

Médication absorbante. — Après la médication évacuante qui, dans l'ordre logique, se présente la première, puisqu'elle devrait être utilisée d'abord, nous placerons la médication par les absorbants.

Les absorbants rendent de bons services dans la diarrhée prémonitoire, qui est déjà le choléra ; ils trouvent encore leur indication dans les périodes plus avancées du mal, quand les stimulants diffusibles combinés avec les opiacés ne suffisent pas à diminuer la sécrétion intestinale, ou quand les narcotiques à doses massives commencent à devenir dangereux à cause de la tendance congestive qu'amène la réaction.

---

(1) Resterait à discuter le cas où, l'algidité survenue, on voudrait, en vertu de la loi du balancement fonctionnel, modérer la diarrhée trop épuisante en excitant des vomissements. Je ne stipule rien en faveur de ce cas, parce que je doute du succès en présence de la difficulté et même de l'impossibilité d'obtenir des vomissements, surtout des vomissements seuls, toutes les fois qu'il existe un grand désordre de l'innervation, comme dans la période avancée des maladies malignes.

Mais il n'est pas indifférent de s'adresser à l'un quelconque des absorbants préconisés contre le choléra. L'un des meilleurs est assurément le *sous-nitrate de bismuth*, mis en honneur par M. le professeur Monneret, et dont on fait maintenant une si grande consommation dans toutes les diarrhées symptomatiques aussi bien que primitives, vulgaires aussi bien que spécifiques. Il a seulement l'inconvénient d'être cher [1], et je m'abstiens autant que possible de le prescrire aux pauvres, soit dans les salles de l'hôpital, soit à la consultation gratuite. D'ailleurs le sous-nitrate de bismuth peut être remplacé sans désavantage par le *carbonate de chaux* et les substances minérales qui en sont essentiellement formées : la craie, les concrétions dites *yeux d'écrevisses*, les coquilles d'huîtres, les os de seiches, etc. L'eau de chaux (solution aqueuse d'oxyde de calcium) sert aux mêmes usages que le carbonate calcaire. Elle a l'avantage, en tant que liquide, d'être plus facilement ingérée ; mais son action topique est plus intense, et elle ne dégage pas de gaz carbonique, ce qui est parfois un défaut.

Toutes ces préparations calcaires sont d'excellents moyens, entièrement innocents. Je n'oserais en dire tout à fait autant de la *magnésie* et de son *carbonate*, dont je craindrais l'action laxative s'il se rencontrait assez d'acides dans l'estomac pour en faire passer une notable portion à l'état de sel magnésien soluble. Je ferais peser le même doute sur le *silicate de magnésie* (magnésite, écume de mer), dont M. le professeur Trousseau a fait usage sur la proposition d'un jeune confrère. L'acide silicique mis à nu pourrait sans doute *silicater* la muqueuse gastrique à la manière des monuments qu'on veut préserver de l'action destructive du temps; mais le sel magnésien formé, poursuivant sa route le long de l'intestin, n'en exercerait pas moins son action purgative avec un certain dommage pour l'économie.

En définitive, c'est aux préparations calcaires ou bien au sous-nitrate de bismuth, auxquels j'ajouterais volontiers l'*oxyde de zinc*, qu'il convient de s'adresser. M. Monneret nous a appris à donner 4 grammes et plus de sous-nitrate de bismuth dans la journée ; le carbonate de chaux peut être donné à dose double et triple. Le sous-nitrate de bismuth s'administre souvent en électuaire, associé au diascordium ou en poudre dans du pain azyme ; le carbonate calcaire se prend de la même façon. On pourrait préparer une

---

[1] Dernièrement, le prix du sous-nitrate de bismuth était devenu exorbitant.

sorte de décoction blanche en associant de la poudre de craie à de l'eau albumineuse, aromatisée avec de l'eau de fleur d'oranger et additionnée, selon le cas, d'une quantité plus ou moins forte de teinture d'opium.

Médication astringente. — Je classe sous cette rubrique non-seulement les *acides tanniques* et leurs dérivés, ainsi que l'*alun*, le *perchlorure de fer*, mais encore le *nitrate d'argent*, les *limonades sulfurique* et *chlorhydrique*, etc.

L'usage prolongé des astringents ne manque jamais d'amener la constipation ; il paraît donc rationel de se servir de ces agents pour se rendre maître de la diarrhée cholérique. Cependant leur effet primitif est souvent inverse, c'est-à-dire qu'au lieu d'arrêter le cours des matières fécales, ils excitent la contractilité intestinale et favorisent, au contraire, l'exonération. Beaucoup de chlorotiques soumises aux préparations martiales solubles et aux préparations de quinquina commencent par aller plus facilement à la garde-robe. Beaucoup de femmes atteintes de fissures anales après l'accouchement ne peuvent obtenir une selle qu'à la faveur d'un lavement de ratanhia. En administrant des astringents contre la diarrhée initiale du choléra, on manquerait par conséquent son but et l'on risquerait même d'agir à contre-sens : momentanément, je l'accorde; mais, en pareil cas, le temps perdu ne se rattrape plus. Pour que les astringents n'exercent pas cette action contraire, il faut les associer aux narcotiques, en proportion modérée, de crainte qu'ils ne neutralisent en partie l'effet utile de ces derniers sans profit immédiat de leur part.

Je ne me suis guère servi des astringents proprement dits contre la diarrhée cholérique, et je n'oserais me fier aux limonades minérales tant vantées, d'après sa propre expérience, par un de nos honorables confrères de l'armée.

Médication narcotique. — L'*opium* est la ressource la plus précieuse dans les premiers degrés de l'affection asiatique. Il reste encore un auxiliaire puissant dans les périodes ultérieures.

L'opium a plusieurs manières d'agir : 1° il calme les coliques et allège cette anxiété épigastrique qui se traduit par de l'oppression, une sensation de barre et quelquefois de ceinture étreignant la base de la poitrine; 2° il s'oppose peut-être directement, par une action topique, à la supersécrétion intestinale; 3° en tout cas, il modère celle-ci à la faveur d'une surexcitation de la fonction cutanée et favorise l'action des stimulants diffusibles.

Les préparations opiacées se prescrivent à doses variables selon

les conditions individuelles. En général, on ne doit pas donner à un adulte moins que la valeur de 0gr,01 à 0gr,02 d'extrait gommeux à la fois, et la dose doit être répétée plusieurs fois le jour, si la fréquence des selles l'exige. Mais, à mon avis, l'opium ne doit jamais être administré à l'état solide, en pilules, chez les cholériques, en raison des graves dangers attachés en pareille circonstance à ce mode d'emploi. Il arrive en effet, pendant l'algidité que les pilules accumulées dans l'estomac restent indissoutes et inabsorbées jusqu'au moment où, la réaction survenue, l'absorption recommence et entraîne dans la circulation des doses énormes du narcotique, capables de produire une intoxication. Dans des conditions analogues, l'autopsie a permis quelquefois de retrouver un véritable picotin de pilules dans le tube digestif.

Pour mon compte, je n'emploie que le *laudanum* ou la *teinture d'opium* dans le choléra de même que dans le tétanos, afin d'obtenir immédiatement tous les effets désirés et de n'être pas exposé à voir survenir plus tard des accidents inattendus. Mais, par cela même qu'elles agissent presque instantanément, les préparations d'opium liquides doivent être employées à doses fractionnées, c'est-à-dire en petites quantités souvent répétées. De cette manière on obtient tout l'effet possible, et dès lors on est libre de renforcer ou d'atténuer l'action en accumulant ou en éloignant à volonté les prises du médicament.

La médication narcotique selon cette formule m'a donné de bons résultats dans la diarrhée cholérique, chez les sujets en qui la force de résistance comparée à l'intensité de l'intoxication était telle, que l'économie devait triompher, à la condition de pouvoir durer et d'être un peu aidée dans ses efforts. Les opiacés soulagent encore et modèrent les effets de la cause pathogénique dans le choléra confirmé.

Les autres narcotiques sont incomparablement moins usités que l'opium, et ne m'inspirent jusqu'à présent à moi-même qu'une médiocre confiance. Toutefois la belladone, dont on s'est peu occupé, me semble devoir donner par avance de sérieuses garanties et mériterait de devenir l'objet d'expérimentations suivies, au moins dans les cas de cholérine légère ou de moyenne intensité. Parmi ses principaux effets physiologiques la belladone compte une diminution souvent fort pénible de toutes les sécrétions. A dose un peu forte, non-seulement elle produit de la sécheresse de gorge et de la soif, mais elle tarit presque la sécrétion bronchique et j'ai utilisé cette propriété chez quelques sujets atteints de bronchorrhée

muqueuse ou muco-purulenle. Le même phénomène s'observe du côté de la muqueuse digestive, en sorte que des quantités minimes de belladone, de mandragore ou d'atropine procurent une certaine facilité d'exonération, tandis que des doses plus massives, par un autre mécanisme, détermineraient la constipation.

Dans le petit nombre de cas où l'atropine a été introduite par la méthode hypodermique, les bons résultats obtenus s'expliquent en partie par cette *hypocrinie*, en partie par l'excitation déterminée vers la périphérie cutanée : excitation qui, nous le savons, se traduit dans d'autres conditions morbides par un exanthème parfois scarlatiniforme.

L'indication des opiacés commence avec la diarrhée prémonitoire type, je veux dire exempte de tout symptôme d'embarras gastrique et d'état saburral. Elle persiste impérieuse durant toute la période ascendante du mal. Pendant la période cyanique et algide cette indication est moins pressante, parce que de ces deux choses l'une : ou bien la médication est illusoire, ou bien elle commence à devenir dangereuse en raison de l'impulsion exagérée qu'elle communique aux phénomènes réactionnels du côté des viscères et notamment de l'encéphale.

Certes, des sujets non traités ne seraient pas exempts pour cela des accidents de la période de retour, parce que la violence de la réaction est nécessairement proportionnelle à la profonde dépression des phénomènes circulatoires et calorifiques, comme cela se voit localement à la suite de la congélation. Néanmoins il est indubitable que les narcotiques en excès augmentent l'intensité des congestions viscérales et créent par là un véritable péril.

A la suite des opiacés proprement dits, nous aurions à mentionner le *haschisch*, dont notre distingué confrère M. Willemin a tiré un bon parti pendant une épidémie qui sévissait en Egypte. Malheureusement je ne possède aucune expérience personnelle sur ce précieux médicament.

Médication stimulante.—Elle se décompose en deux médications secondaires : la *caléfaction* ou *focillation* et la *stimulation* proprement dite.

La caléfaction peut être obtenue de deux manières : 1° en empêchant les malades de perdre leur chaleur naturelle; 2° en leur ajoutant du calorique artificiel. Pour empêcher la déperdition du calorique normal, tant par le rayonnement que par le contact des objets froids et de l'air ambiant, on enveloppe le malade de corps mauvais conducteurs tels que : des flanelles, des couvertures de laine, des

édredons. Pour réchauffer artificiellement le sujet, on le met en contact avec des substances chaudes solides, liquides ou gazeuses.

Les moyens de réchauffement sont extrêmement variés : ce sont des serviettes, des flanelles ou des alèses brûlantes ; des bouteilles de verre ou de grès ; des boules métalliques remplies d'eau bouillante; des briques, des fers à repasser, des sachets de son ou de sable fortement chauffés.

Ce sont encore des draps trempés dans de l'eau bouillante ; ou bien des fumigations de vapeur humide ou sèche, aromatique ou autre, des courants d'air chaud, dont je me suis servi avec avantage en 1849 et qui ont réussi cette même année ainsi qu'en 1853 et 1854, au rapport de M. le docteur Duclos (de Méru), dans les services de MM. Guérard et Barth, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Beaujon.

La chaux vive, humectée, dont se loue beaucoup M. le docteur Em. Delpeuch donne une chaleur analogue à celle du drap mouillé d'eau chaude. Les boissons chaudes, indépendamment de leurs qualités spéciales, agissent également par le calorique dont elles sont chargées. Ceci nous amène à parler des moyens pharmaceutiques de la médication stimulante.

Les plus simples sont les boissons théiformes : les infusions de mélisse, de menthe et d'autres labiées, celles d'absinthe, de camomille et d'un certain nombre de *corymbifères*; enfin les infusions d'anis, de cumin, de carvi et de diverses *ombellifères* aromatiques ; celle de badiane, etc.

On y joint d'autres préparations excitantes plus énergiques, des alcooliques purs ou des liqueurs composées d'alcool et d'essences aromatiques. Citons le cognac et les eaux-de-vie de toutes provenances, le rhum, l'arak, la liqueur de mastic des Orientaux ; puis le curaçao, l'anisette, la teinture de badiane, la chartreuse et même, si l'on veut, la trappistine ou liqueur des Bénédictins de Fécamp, l'origine ne fait rien à la chose ; et à la suite les teintures de cannelle, de gingembre, de cardamome, de musc, etc.

L'eau de mélisse des Carmes, probablement aussi celle des Jacobins, se distingue des alcoolats ordinaires par la présence d'une petite proportion d'ammoniaque et sert de trait d'union entre les liqueurs énumérées ci-dessus et les préparations ammoniacales dont on a fait un usage assez fréquent pendant le choléra.

On emploie l'ammoniaque libre et ses composés : acétate, acétate liquide (esprit de Minderer), carbonate et succinate. Ce dernier sel semble jouir d'une double propriété excitante par son acide et par

sa base ; mais la valeur vénale en est trop élevée pour que la pratique ordinaire s'empare de cette préparation.

Ces trois ordres d'excitants : les ammoniacaux, les aromatiques et les alcooliques auxquels il faudrait ajouter l'éther et le chloroforme à petites doses et par la voie stomacale, ces trois ordres d'excitants, disons-nous, doivent être introduits par le tube digestif; ils se servent mutuellement de dissolvants, agissent tous trois dans le même sens, s'éliminent par les mêmes émonctoires et, par conséquent, s'associent naturellement dans nos formules. Localement, ils éveillent la sensibilité de la muqueuse qu'ils font rougir et qu'ils échauffent. Après absorption, ils fouettent la circulation capillaire et centrale, en même temps qu'ils excitent les phénomènes respiratoires et la calorification. Rejetés au dehors, ils stimulent au passage l'appareil pulmonaire et l'enveloppe cutanée, les deux principales issues ouvertes aux substances volatiles.

La médication stimulante par les moyens que nous venons de passer en revue est fondamentale dans le choléra. On fait sagement d'y recourir dès les premiers symptômes caractéristiques et de la continuer avec persévérance en même temps que la médication narcotique. Il arrive néanmoins un moment où les excitants et les opiacés doivent être employés avec plus de réserve, où même il faut en supprimer l'usage. Cette opportunité se présente dès que l'hypercrinie du canal digestif s'accompagne non plus seulement d'une simple hyperhémie de la muqueuse, mais d'une véritable congestion inflammatoire, ce qui se dénote par l'accroissement excessif de la soif, avec sensation de chaleur ardente dans l'intérieur du corps et répugnance pour toutes les boissons alcooliques, chaudes ou stimulantes à un titre quelconque, lesquelles sont invariablement rejetées par le vomissement.

Longtemps on a pu croire, en présence du refroidissement extrême de la périphérie, que cette sensation de chaleur purement subjective constituait une véritable hallucination thermesthésique, je veux dire une hallucination du sens de la chaleur reconnue par Sylvius et que j'ai proposé de désigner sous le nom de *thermesthésie*. Mais le thermomètre est venu démontrer dans l'intérieur du rectum la réalité d'une élévation de température, comparable à celle des phlegmasies franches de cet intestin. Le mercure s'élève parfois jusqu'à 39 degrés centigrades et le phénomène associé à ceux qui viennent d'être signalés, devient un indice de la nécessité de diminuer considérablement, si ce n'est de supprimer tout à fait, les breuvages chauds et excitants.

Cette règle de conduite, fondée sur la considération des phénomènes objectifs de la maladie, aurait pu se déduire de l'éloignement pour les alcooliques et les liquides chauds que manifestent tous les sujets arrivés à un certain degré d'algidité et de cyanose. Les praticiens ont tort de ne pas tenir assez de compte des appétences et des répugnances naturelles des malades que souvent, au nom de leurs préjugés doctrinaux, ils condamnent au contraire comme erronées ou dangereuses. Toujours est-il que, m'étant laissé guider par les répulsions instinctives des cholériques, je n'ai eu qu'à me louer d'avoir supprimé à temps la médication stimulante interne, et de lui avoir substitué les boissons froides, glacées, amères, peu alcooliques et nullement sucrées. Nous reviendrons là-dessus tout à l'heure. Parlons auparavant de quelques annexes de la médication stimulante.

A cette médication se rattachent les *vésicatoires*, les *sinapismes* et les *bains généraux additionnés de moutarde*, car ces moyens n'agissent comme révulsifs que par l'excitation qu'ils déterminent sur le lieu d'aplication, la dépense occasionnée par la douleur faisant appel de force et accélérant le roulement fonctionnel, à peu près comme la traction exercée sur un levier engagé dans un appareil mécanique compliqué met en jeu toute la série des engrenages qui composent les organes de la machine. Cette provocation au mouvement, de proche en proche, dans tout l'organisme vivant est certainement utile toutes les fois que les forces radicales sont enchaînées et que l'atonie est plus apparente que réelle ; elle peut donc rendre des services dans le choléra, alors que l'économie n'a pas encore eu le temps de s'épuiser. Or, j'ai bien constaté les bons effets des sinapismes et des vésicatoires volants, mais je ne suis pas également convaincu de l'efficacité des bains généraux sinapisés, que, d'ailleurs, j'ai prescrits un petit nombre de fois. Les malades plongés dans ce milieu irritant supportaient impatiemment la douleur et témoignaient d'une angoisse très-pénible. Après cela je n'ai jamais eu la bonne fortune d'observer une réaction complète, ni durable, pouvant exercer une influence salutaire sur la marche de l'affection.

La cyanose et les symptômes anoxémiques chez les cholériques dépendent de la stase sanguine dans les capillaires, et non de l'insuffisance du gaz comburant; de plus, à en juger par les résultats des expériences de Doyère, les phénomènes diosmotiques dont l'appareil respiratoire est le théâtre semblent suspendus, puisque l'air expiré ne renferme que des proportions insignifiantes d'acide carbonique.

On a cru pourtant qu'en faisant respirer aux cholériques algides de l'oxygène pur, on parviendrait à stimuler l'hématose et à ranimer la chaleur ainsi que les grandes fonctions. L'expérience tentée dès la première épidémie parisienne, en 1832, a prouvé qu'il fallait peu compter sur l'efficacité de ce moyen.

De nouveaux essais, également infructueux, ont été faits dernièrement par mon excellent collègue, M. Bernutz, à la Pitié, et par M. le docteur M. Raynaud, à l'hôpital Beaujon. Ayant assisté à l'une des opérations pratiquées par M. Raynaud, j'ai pu m'assurer avec lui que la respiration d'une vingtaine de litres de gaz oxygène pur, préparé par M. Adam, pharmacien en chef, et emprisonné dans un appareil en caoutchouc de M. Galante, n'a déterminé aucun effet appréciable.

Peut-être serait-on plus heureux en faisant usage d'oxygène allotropique. S'il en était ainsi, on pourrait se contenter de produire de l'ozone dans l'atmosphère des salles, en la faisant traverser par des étincelles fulgurantes, lancées par une puissante machine électrique de Rumkhorf.

A défaut des inhalations d'oxygène, conviendrait-il de s'adresser à d'autres gaz excitants, ou bien à des substances liquides divisées à l'infini par un appareil pulvérisateur, suivant la méthode de notre ingénieux confrère M. le docteur Sales-Girons ?

M. le docteur Nicod a mis en pratique, non sans avantage, dit-il, des inhalations alternatives d'iode et d'oxygène pur. C'est un premier pas dans une voie dont l'avenir nous apprendra la fécondité.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du pansement des plaies et des ulcères par la ventilation (2e article).

Par M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de 1re classe de la marine.

Action sédative. — Le courant d'air frais produit par la ventilation donne sur la plaie une sensation de froid qui, le plus souvent, n'a rien de désagréable, au contraire; et M. Bouisson dit même qu'il a vu certains malades prendre plaisir à prolonger la ventilation de leur plaie (*loc. cit.*, p. 184).

Quelquefois, mais très-rarement, les premières bouffées d'air, surtout quand elles arrivent sur une plaie qui a un fond d'irritation,

provoquent, par leur trop active évaporation de l'humidité, des picotements que les malades comparent à la piqûre d'une multitude de petites épingles. Rien qu'en diminuant alors pendant un moment l'intensité du courant d'air, on fait disparaître cette douleur et on fait bientôt augmenter la force de projection du soufflet sans la faire reparaître.

Au contraire, on peut, en humectant légèrement les alentours de la région, avant de ventiler, augmenter au besoin l'impression de réfrigération, et en continuant pendant plus longtemps alors la ventilation, ou en y revenant très-fréquemment pendant quinze ou vingt heures, on peut éteindre d'une manière sûre et commode des tendances à l'inflammation qui pouvaient inquiéter.

Tout ce qu'on a dit de l'heureuse action de l'éther, de l'alcool et de mille autres corps volatils mis à évaporer sur les régions atteintes de cette chaleur douloureuse de la phlogose, peut, on le comprend aisément, se dire aussi pour la ventilation.

Par conséquent, reconnaissons à ce moyen thérapeutique une influence sédative immédiate, qui peut être mise à profit dans mille circonstances. Si tel est l'effet primitif obtenu pour la sédation par l'action même de la ventilation, il faut reconnaître que les effets consécutifs ne sont pas moins remarquables. Dès que la couche pellucide dont j'ai parlé précédemment est formée, elle agit comme un enduit imperméable qui, à son tour, a une action sédative incontestable, analogue à celle que l'on reconnaît au collodion, par exemple, depuis les expériences si curieuses et si souvent invoquées de Magendie, Fourcault, Robert Latour, etc., etc.

Action astringente. — Celle-ci est liée intimement à l'action sédative. Je ne rechercherai pas laquelle a la priorité; il suffit, en pratique, de constater leur connexité.

Que ce soit par le fait de l'évaporation de l'humidité ou par celui de la température relativement basse du courant d'air, toujours est-il que la ventilation détermine d'abord le retrait, la crispation des capillaires, d'où diminution de la masse de sang en circulation dans la région, et une action antiphlogistique incontestable qui n'est pas sans avoir son influence heureuse sur la rapidité de la cicatrisation.

On m'opposera que, dès que la ventilation cesse, il y a réaction et par conséquent retour et augmentation de la phlogose. Mais je répondrai qu'il suffit alors de ventiler de nouveau, et ainsi de suite jusqu'à ce que la croûte étant formée, cette irritation contre laquelle on lutte soit jugulée. N'agit-on pas ici comme on agit quand on

entreprend l'usage des irrigations froides dans certains cas analogues? Par conséquent, l'objection de la réaction ultérieure n'a pas de raison de lui être opposée, puisqu'elle est combattue par les mêmes arguments.

Action siccative. — Par ce que nous avons dit de cette pellicule de la peau qui se forme dès la première séance de ventilation, de cette diminution de la suppuration que l'on constate bientôt dans les plaies ventilées, de cette croûte, d'abord légère et lisse, puis devenant squammeuse, rugueuse, épaisse, si elle n'est pas modifiée par le chirurgien, il nous faut admettre pour la ventilation une action siccative qui a son importance; car, grâce à elle, le liquide exhalé par la surface de la plaie dans l'intervalle des pansements n'est pas abondant, se trouve dans des conditions moins favorables au développement et à l'évolution des leucocytes et, par conséquent, concourt plus efficacement à la guérison.

Action antiseptique. — L'abondance de la suppuration diminuant dans de larges proportions sous l'influence de la ventilation, on peut dire avec M. Bouisson que cette méthode thérapeutique a une action antiseptique. Avouons-le cependant : c'est une action plus indirecte et plus négative, si je puis m'exprimer ainsi, que réelle; car le pansement qui nous occupe empêche la putridité plus parce qu'il empêche l'accumulation des éléments propres à l'engendrer, que parce qu'il modifie suffisamment la nature de ces éléments. Dans le cas où il faudrait prévenir ou détruire cette tendance menaçante à la putridité, il faudrait absolument recourir à l'alcool, aux désinfectants réels, et non à ce moyen tout à fait secondaire.

Action tonique. — Enfin, la ventilation a encore une action tonique, d'après M. Bouisson, dans les cas où il faut, au contraire, une certaine excitation de la plaie que l'on veut cicatriser. Cette action est intimement liée à l'action astringente et sédative, si liée même, que c'est peut-être une partie indistincte du même tout; d'ailleurs, ces diverses actions ne se résolvent-elles pas en une seule collective, peuvent-elles être présentées comme autant de conditions particulières distinctes propres à être inscrites à l'article de la ventilation? J'avance que, pour ma part, je suis assez porté à ne voir là qu'une seule et même propriété qui peut être envisagée sous diverses faces. Il faut bien en convenir à un point de vue général, toutes ces actions tonique, excitante, sédative, etc., ne sont que des créations de notre esprit pour expliquer commodément des faits que nous avons constatés d'abord : je n'insiste pas sur ce point

de thérapeutique générale, qui sent plutôt la théorisation du siècle précédent que le génie d'observation de l'époque actuelle, d'autant plus que, pour le mince sujet de la ventilation des plaies, il serait tout à fait inopportun de nous engager dans des discussions dogmatiques trop longues et, d'ailleurs, trop spéciales pour se rattacher au titre secondaire dans une question comme celle-ci.

Indications et contre-indications de la ventilation. — Un des points les plus importants à étudier pour la propagation d'une méthode nouvelle est le chapitre de ses indications et de ses contre-indications. Si l'on n'a pas fait cette étude avec soin, on est exposé à voir les choses les plus foncièrement bonnes être frappées de stérilité.

M. Bouisson a préconisé la ventilation pour certaines plaies, quelques ulcères, des brûlures et la pourriture d'hôpital. Je ne puis donner une opinion personnelle suffisamment appuyée que pour les plaies. Aussi est-ce surtout d'elles que je vais m'occuper.

Plaies. — Les plaies présentent de si grandes variétés de forme, de nature, de siége, etc., etc., qu'il n'est pas extraordinaire qu'elles ne se plient pas à un mode unique de traitement; et tel moyen, qui peut être donné comme très-utile pour quelques-unes d'entre elles, est radicalement inapplicable pour d'autres. La ventilation ne fait pas exception à la règle.

Les plaies par instrument piquant ne réclament dans aucun cas la ventilation; en effet, étendue plus grande en profondeur qu'en surface, suppuration minime, désordres extérieurs insignifiants, relativement aux profonds, nécessité de faire marcher la cicatrisation de l'intérieur au dehors; voilà tout autant de conditions qui excluent la méthode de M. Bouisson.

Sans avoir besoin d'entrer dans de plus longs détails, nous pouvons admettre que les plaies fistuleuses sont dans le même cas sous ce rapport.

Les plaies anfractueuses sont encore dans cette catégorie le plus souvent, quoiqu'il y ait des exceptions. Quand les anfractuosités ne dépassent pas la peau ou arrivent seulement jusqu'à l'aponévrose superficielle ou d'enveloppe de la région, on peut parfois recourir à la ventilation. La compression exercée par la croûte sur les parties décollées peut servir à la cicatrisation des points qui auraient été plus rebelles avec les autres moyens; mais j'avoue que ce n'est pas volontiers, pour ma part, que je recourrais à la ventilation dans tous les cas analogues; car, pour un résultat heureux, je crois qu'on verrait trop souvent des clapiers et toutes les mau-

vaises chances qu'entraîne l'emprisonnement de la suppuration; *à fortiori*, lorsque les anfractuosités sont plus étendues, la ventilation est contre-indiquée.

On a dit que les plaies qui fournissent une suppuration extrêmement abondante rejettent l'emploi de la ventilation. Il y a quelque chose à reprendre sur une opinion formulée d'une manière aussi générale. Lorsque l'abondance de la suppuration tient à un état de fonte des tissus contus, gangréneux, etc., etc., sans doute la ventilation serait insuffisante, et par conséquent inopportune. Mais souvent il arrive aussi que l'hypersécrétion tient plus à une atonie locale ou générale, à une perversion de la nutrition; et, dans ces cas, par son action tonique astringente, siccative, la ventilation peut donner d'excellents résultats. C'est dans des cas de ce genre que j'ai vu les pansements à l'alcool commencer une modification très-heureuse que la ventilation menait ensuite à bonne fin.

Ce que j'ai dit des plaies dont la suppuration est très-abondante me permet de ne pas donner de plus amples détails touchant les raisons qui doivent faire rejeter la ventilation dans les plaies d'amputation des membres, les plaies profondément contuses, très-enflammées, compliquées de corps étrangers, les plaies d'armes à feu, etc.

Mais, me dira-t-on, que reste-t-il après toutes ces exclusions? Voici ce qui reste, d'après M. Follin (*Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 382) : « La ventilation convient surtout à des plaies simples, en bon état, d'une étendue petite ou moyenne, qui semblent indiquer les pansements rares. » Et ces cas, convenons-en, sont encore assez fréquents dans la pratique pour justifier l'introduction du moyen de pansement qui nous occupe.

Dans les cas de vastes éraflures contuses de la peau à la suite d'une chute, par exemple, dans les conditions des blessés des observations que j'ai citées en commençant, la ventilation donne des résultats réellement supérieurs à tous les autres moyens connus par moi.

Chez le colonel*** en particulier (obs. II), l'action a été si remarquablement et si rapidement heureuse que le blessé en a conservé un souvenir très-vivace, et que nombre de personnes étrangères à la médecine qui suivirent, il y a trois ans, l'évolution de la blessure, en parlent encore comme d'un fait très-extraordinaire.

J'ai la conviction que, dans ces cas, les corps gras, les pansements alcooliques, les bandelettes ne sauraient donner de pareils résultats, et cette observation que j'ai rapportée en donne la preuve. En

effet, avant l'accident que j'ai eu à soigner, M. de F*** avait eu des éraflures analogues à la même jambe, et, malgré les modes les plus divers de traitement, il avait été obligé de garder chaque fois la chambre pendant un temps très-long. Depuis, au contraire, qu'il connaît le moyen très-simple de cicatriser sa jambe, il a eu quelquefois des déchirures plus ou moins étendues qu'il a guéries aussitôt et toujours sans aucune difficulté.

L'introduction dans la pratique chirurgicale des pansements à l'alcool me paraît devoir faire augmenter le champ d'application de la ventilation, et il est probable que par une intelligente combinaison des deux moyens on obtiendra d'excellents résultats. En effet, nous venons de voir d'une part que la tendance de la suppuration contre-indique la ventilation. Nous savons par ailleurs que l'alcool a une action puissante sur la diminution et même le tarissement de cette suppuration, mais que son usage a deux inconvénients : 1° une lenteur relativement grande de la cicatrisation; 2° une cherté qu'il faut prendre en considération. La combinaison des deux modes de traitement ne se présente-t-elle pas comme un moyen terme extrêmement heureux? Commencer le traitement de la plaie par les applications alcooliques pour la mettre dans la situation dont parle M. Bouisson, « plaies non réunies, simples, peu étendues, récentes, respectées ou faiblement envahies par la suppuration » (*loc. cit.*, p. 192), puis ventiler pour avoir une économie de temps et de dépenses : voilà, je crois, un moyen de concilier les intérêts différents, et le tout, au bénéfice du malade; car, s'il est incontestable que le pansement à l'alcool soit lent et cher, il est bien reconnu aujourd'hui qu'il met heureusement à l'abri des mille accidents que les blessés ont à craindre.

Brûlures. — M. Bouisson, pense d'après les faits qu'il a observés, que la ventilation est capable de donner de bons résultats dans les brûlures. Je partage tout à fait l'opinion du savant chirurgien du Midi pour certains cas, et en voici le détail :

A la rigueur, elle pourrait être utile dans les brûlures légères comme moyen de réfrigération; mais bien d'autres modes de pansements sont plus commodes et doivent lui être préférés alors. Ce n'est dans ces cas qu'un moyen de nécessité à mettre en pratique jusqu'à ce qu'on en ait d'autres à sa disposition. Mais dans les brûlures au deuxième et troisième degré, quand le mouvement fluxionnaire a diminué et que la lésion est à l'état de plaie dénudée qu'on dirait simple, si l'expérience n'avait prouvé qu'elle a la fâcheuse propriété de donner naissance à ce tissu cicatriciel rétractile

si remarquable, la ventilation est particulièrement recommandée. Elle peut, en effet, faire ce que des moyens qui agissent d'une manière analogue, le coton, les enduits imperméables, etc., produisent, sans qu'on ait à craindre que la plaie cachée aux regards par les pièces de pansement ne devienne le siége d'altérations dont on n'a connaissance alors que trop tard.

Pourriture d'hôpital. — Je n'ai pas eu l'occasion de constater les effets de la ventilation dans la pourriture d'hôpital. Aussi ne puis-je rien en dire et me bornerai-je à renvoyer au travail de M. Bouisson (*loc. cit.*, p. 197).

Ulcères. — En parlant d'un traitement quel qu'il soit des ulcères, il faut toujours faire les réserves que fait si sagement M. le professeur Bouisson, dans son travail (*loc. cit.*, p. 194), sous peine de s'exposer aux plus graves mécomptes. En effet, compter sur l'action toute locale et toute bénigne de la ventilation pour cicatriser une solution de continuité qui n'est qu'une expression très-secondaire du cancer, de la syphilis, de la scrofule, serait compter sur la guérison de ces diathèses elles-mêmes par l'action de la ventilation; mais il arrive parfois que la diathèse, atteinte par une médication appropriée, a cédé, et que cependant les ulcères qu'elle avait fait naître persistent par une sorte d'habitude morbide sans avoir aucune tendance à la cicatrisation.

C'est dans ce cas particulier que la ventilation peut être indiquée et donner de bons résultats en sa qualité, répétons-le, d'agent purement local. On trouverait sans doute d'autres médications topiques aussi utiles; néanmoins, il faut convenir qu'elle est une des meilleures.

Dans son excellent mémoire, M. Bouisson s'occupe du moment où il faut appliquer le moyen thérapeutique qui nous occupe. « La ventilation n'étant, dit il, qu'un artifice destiné à rendre la cicatrisation plus rapide, il faut d'abord que les tissus soient aptes à se cicatriser, et, par conséquent, on doit faire précéder son emploi des émollients, des sédatifs, d'un bain général, de quelques moyens locaux excitants, aromatiques, désinfectants, suivant les cas qui se présentent. Avec de telles précautions, on concourt à son efficacité que doivent, au reste, seconder le repos et parfois un traitement général. » (*Loc. cit.*, p. 178.)

Quand on a affaire à de vastes plaies qui viennent d'être faites, on attend volontiers l'extinction des premiers phénomènes d'irritation; car, au début d'une plaie, on ne sait jamais au juste la limite de la réaction qui va survenir; et il serait souvent imprudent d'in-

tervenir intempestivement. C'est là une pratique fort prudente; mais cependant, sans tomber dans l'exagération opposée, il est peut-être possible d'être moins exclusif. Ainsi, par exemple, pour ma part, tant que je n'ai pas eu connaissance des travaux de M. Bataille et de M. Lecœur, etc., des expériences de M. Nélaton, j'attendais, comme on nous l'a enseigné, l'établissement de la suppuration, que je cherchais même à provoquer par des émollients, des cataplasmes, etc., usant aussi des opiacés locaux en même temps et comme pour corroborer l'action des antispasmodiques généraux. Ce n'est que dans des cas particuliers que j'avais recours aux affusions froides, aux résolutifs, suivant la nature de la plaie; mais depuis que j'ai essayé l'alcool dans le pansement des plaies, ma crainte des phénomènes réactionnels locaux a diminué un peu; et tout en conservant la même prudence pour ce qui est des moyens généraux, je n'ai pas hésité à suivre l'exemple que me traçaient d'ailleurs des maîtres si autorisés. J'ai fait le premier pansement avec de l'eau-de-vie plus ou moins étendue, et je n'ai pas eu à le regretter.

J'ai aussi pratiqué la ventilation immédiate sans plus d'accidents; seulement, il y a ici une remarque à faire. Il en est de la ventilation comme des affusions froides. Il faut être sûr de pouvoir la continuer sans interruption jusqu'à l'extinction de la réaction, et la ventilation, qui est passible de presque tous les reproches que l'on a faits aux affusions froides, ne lui est pas supérieure pour la guérison, de sorte qu'elle a leur valeur ou à peu près.

Ce que je suis arrivé à faire le plus volontiers, c'est le premier pansement à l'alcool pendant 24, 48, 72 heures, suivant le cas, pratiquant la ventilation ensuite; de cette manière, la cicatrisation m'a paru venir rapidement, simplement.

Cette marche, qui me semble utile dans les plaies récentes, ne perd pas de sa valeur pour les plaies plus anciennes ou les ulcères. Je crois, comme M. Bouisson, que pour tirer tous les bons effets possibles de la ventilation, il faut nécessairement l'appliquer dans de bonnes conditions de réussite; et les excitants, les aromatiques, les désinfectants, etc., sont indiqués dans certaines conditions avant de recourir à la ventilation. Mais l'eau-de-vie réunit toutes ces qualités, et c'est encore à elle que je m'adresse le plus volontiers pour mettre la plaie en position d'être heureusement modifiée par la ventilation.

On le voit, je reviens à cette combinaison des pansements alcooliques et de la ventilation qui, je dois l'avouer, me préoccupe et sur laquelle je reviendrai encore. Mais dans le moment présent, je

voudrais surtout appeler l'attention sur l'innocuité des pansements dits *excitants* dans les plaies. En s'en tenant, bien entendu, à l'excitation rationnelle, prudente, et non à l'irritation, on arrive certainement mieux à la guérison qu'en recourant avec trop d'empressement aux émollients, aux calmants, aux dépressifs. Telles sont les idées nouvelles ou, pour mieux dire, les vieilles idées qui reprennent le dessus par l'étude sérieuse des faits, et sur lesquelles tous les chirurgiens ne sauraient trop s'arrêter actuellement, car la question est de la première importance.

Avantages indirects de la ventilation. — Si les avantages secondaires d'un moyen thérapeutique insignifiant ne sont pas de nature à entrer en balance lorsqu'il s'agit de choisir entre lui et un autre réellement actif, il faut convenir cependant que lorsqu'on a déjà reconnu des avantages directs à un moyen de traitement, on puise, dans l'examen de ses avantages indirects, des raisons aussi puissantes que celles que fournissent ses bons effets propres pour sa propagation : la ventilation est dans ce dernier cas. Dès le moment qu'elle nous a paru utile, nous avons le droit d'insister sur ses avantages économiques, sur la simplification du service qu'elle présente, sur la propreté et la salubrité qui lui sont inhérentes, conditions qui, bien que secondaires, n'ont pas moins une importance réelle.

Sous le rapport de l'économie, il suffit d'y songer un instant pour voir que, supprimant la presque totalité du linge, de la charpie, des topiques, elle doit nécessairement introduire une économie notable, chose qui ne saurait être indifférente dans les hôpitaux. Si on combine la ventilation avec les pansements alcooliques, on arrive à soigner les malades avec très-peu de linge et très-peu d'alcool; et alors cette question de dépense, qui est une des principales objections à faire aux pansements alcooliques, se trouve réduite aux proportions ordinaires. Je ne saurais trop faire remarquer ce fait, car je prévois que cette objection de la cherté du pansement arrêtera pendant assez longtemps la généralisation de l'emploi de l'alcool dans la thérapeutique des plaies, au grand détriment des malades, qui ont en lui un agent *merveilleux* de guérison.

Pour la simplification du service, la ventilation est encore une innovation heureuse dans le traitement des plaies. Le blessé lui-même, un voisin, un infirmier, peuvent ventiler aussi bien que le chirurgien le plus habile, et cette considération est d'une grande importance dans les hôpitaux. En effet, si dans l'ordre régulier désirable, les malades ne doivent être pansés que par des élèves ou

des aides-chirurgiens instruits ou zélés, il n'en arrive pas moins que trop souvent, l'encombrement des salles, l'insuffisance du personnel médical, obligent à être moins rigoureux dans la pratique. Or, puisque des mains mercenaires ou inintelligentes tremperont toujours trop souvent dans les pansements des hôpitaux, ne vaut-il pas mieux qu'elles n'aient qu'à faire un travail automatique et non des actes compliqués, d'autant plus que trop souvent alors l'excès de zèle, l'esprit de curiosité ou l'imprudence doublés de l'ignorance font que les pansements les plus antirationnels sont tentés au grand préjudice des malades?

Enfin, comme le dit avec raison M. Bouisson (*loc. cit.*, p. 199), « la ventilation locale est aux plaies ce que la ventilation générale est aux salles encombrées de malades. L'action du ventilateur change l'atmosphère de la plaie, accélère l'évaporation, en entraîne les produits, substitue à une surface humide une surface sèche, diminue, par conséquent, ou supprime les chances de décomposition des liquides, détruit leurs propriétés septiques. La plaie recouverte de son opercule crustacé est facilement accessible à l'examen du chirurgien. Les parties voisines et les linges sont exempts de souillures. La répétition de la ventilation, en dissipant toute odeur méphitique, n'expose pas les plaies dont l'état est souvent vérifié, à servir de réceptacles à des larves de mouches, comme on l'observe dans les ulcères négligés, ou sous les pièces de linge qui recouvrent les parties, lorsqu'on adopte le système des pansements rares. Il en résulte une propreté locale relativement plus grande, et la suppression d'une des causes de viciation atmosphérique qui contribuent le plus aux complications remarquées dans les lieux où sont réunis un grand nombre de blessés. »

Que puis-je ajouter à ces paroles du savant professeur de Montpellier? Rien qu'une affirmation de plus en faveur de la ventilation.

Conclusions. — Arrivé à la fin de mon étude, il me faut condenser en quelques lignes ce que j'ai voulu établir touchant la méthode de M. le professeur Bouisson.

D'abord, c'est un mode de pansement extrêmement simple, facilement applicable et qui peut être mis en œuvre par le blessé lui-même, le premier et le mieux intéressé le plus souvent à la guérison.

Il présente une propreté, une économie de linges et de médicaments assez notables pour être prises en très-sérieuse considération, et dans le moment où l'hygiène des hôpitaux préoccupe autant, il n'est pas plus opportun d'appeler l'attention sur des moyens de di-

minuer la suppuration des plaies que de rechercher les agents de neutralisation des émanations de cette suppuration.

C'est un moyen de traitement applicable seulement aux plaies modérément étendues, peu profondes, simples, aux ulcères bénins, aux plaies des brûlures. Mais on aurait tort de voir dans cette spécification restrictive une cause de dépréciation de la méthode. C'est un moyen secondaire, dira-t-on, mais quelque restreint qu'on le fasse, ce rôle est encore important; car il faut convenir que pour une grande plaie chirurgicale ou traumatique excluant la ventilation, il y en a dans tous les services de chirurgie trois au moins qui se prêtent à ce mode de pansement; et, d'ailleurs, il surgit trop souvent telle circonstance où l'on s'estime très-heureux de posséder des moyens thérapeutiques variés.

En temps de pourriture d'hôpital, d'épidémie, d'érysipèle, par exemple, etc., la ventilation peut être une précieuse ressource pour éviter ou diminuer au moins une contagion trop facile. En temps de surcroît de labeur pour le personnel qui soigne les malades, c'est aussi un moyen de diminuer le travail sans porter atteinte à la santé du malade et à la rapidité de sa guérison.

Si, comme on peut l'espérer, les pansements des plaies à l'alcool se généralisent, la ventilation acquerra une importance plus directe encore; car, pouvant se combiner très-heureusement avec l'emploi des alcooliques, elle fera tomber ces objections qui leur sont opposées, lenteur de la cicatrisation, cherté du traitement. Je ne saurais trop le répéter, il y a là un sujet sérieux de méditations pour les chirurgiens jaloux du progrès de l'art et du bien des malades.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Vin de quinquina ferrugineux.

Par M. Garnier, pharmacien.

Nous avons adressé à l'Académie de médecine une formule d'une exécution facile pour la préparation du sirop de quinquina ferrugineux : pour l'exécution de cette formule, il s'agit simplement d'acidifier très-légèrement le sirop de quinquina ordinaire avec une solution d'acide citrique avant de le mêler au sirop de citrate de fer.

Le citrate de fer ammoniacal est assurément le sel de fer qui convient le mieux pour cette préparation : il est stable dans sa compo-

sition et n'est nullement désagréable au goût. Après avoir conservé ce sirop pendant quelques mois, nous avons été frappé, nous devons le dire, d'une modification dans la composition, et, dès lors, nous avons dû modifier notre formule.

Nous avons, par le même procédé, préparé un vin de quinquina ferrugineux au malaga, dont la composition est assurément beaucoup plus stable; nous avions adopté, et l'expérience nous l'a fait conserver, la formule suivante:

Pr.	Quinquina gris choisi finement concassé.	100 grammes.
	Eau-de-vie........................	50 grammes.
	Vin de Malaga......................	1,000 grammes.
	Solution d'acide citrique au tiers.......	6 grammes.

Après quatre ou cinq jours de contact, filtrer dans l'appareil à déplacement.

D'un autre côté, nous avons ainsi préparé le vin ferrugineux:

Pr.	Vin de Malaga........................	1,000 grammes.
	Citrate de fer ammoniacal............	25 grammes.

Réunir les deux vins, et filtrer après vingt-quatre heures de contact. Ce vin est agréable et d'une conservation facile; il contient 25 centigrammes de citrate de fer, par petit verre à madère (à peu près deux cuillerées), et autant de principes extractifs du quinquina.

En saturant le vin par quantité suffisante de sucre, on obtient un très-beau sirop de quinquina ferrugineux; il contient juste moitié moins de citrate de fer et de principes quiniques; mais, comme il doit être de préférence employé chez les enfants, ces doses nous ont paru suffisantes.

Le vin, étant ainsi légèrement acidifié, dissout mieux les principes immédiats du quinquina, et comme, par cette action, une partie de l'acide se trouve forcément neutralisée, il en résulte que la quantité qui reste libre est très-faible, puisque nous n'acidifions point le vin ferrugineux avant de le mêler au vin de quinquina; mais elle forme juste une dose suffisante pour empêcher le tannin de réagir sur le fer.

La préparation du citrate de fer demande beaucoup de soins: nous en avons vu se décomposer au contact d'une faible quantité d'acide, nous en avons vu pareillement réagir sur le quinquina en formant un précipité très-abondant qui rendait la filtration difficile.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur un cas d'affection de poitrine où le diagnostic me paraît malaisé et où il s'agit peut-être d'un cancer primitif du poumon.

Mme J*** me fait appeler le 18 mai 1864. Cette femme est âgée de cinquante-huit ans, mariée, et mère de quatre enfants. Elle s'occupe uniquement des soins de son ménage. Sa mère est morte d'un cancer du rectum. La maladie à laquelle le père a succombé n'a pu être indiquée.

La malade raconte qu'au mois de janvier précédent, elle a été prise d'une toux sèche, sans dyspnée. Cette légère affection a été de courte durée. Deux mois avant ma visite, Mme J*** contracte une nouvelle toux, avec brisement de membres, et s'accompagnant cette fois d'une dyspnée qui ne l'a plus quittée.

Jusque-là Mme J*** avait toujours joui d'une parfaite santé.

La malade est goîtreuse.

Au premier aspect, on sent qu'on est en présence d'une affection sérieuse. Le teint est cachectique, d'un jaune terreux. La langue est sèche : l'appétit peu prononcé.

Le pouls est à 90 environ. Amaigrissement assez sensible. Peau aride.

La malade a une toux sèche ; car c'est à peine si cette toux, qui revient par accès, amène quelques crachats écumeux. Dyspnée notable.

La poitrine percutée donne un son *absolument mat* au niveau, au-dessus et au-dessous de la clavicule droite. Au-dessous de la clavicule, la matité s'étend jusque près du mamelon. L'oreille appliquée sur les régions où le son est mat, n'entend absolument rien ; il y a silence complet. En arrière, même matité absolue dans la fosse sus-épineuse et même absence de tout bruit. Plus bas, le son reparaît à peu près normal et le murmure respiratoire s'entend, bien que beaucoup affaibli.

N'ayant pas pris de notes à cette époque, mes souvenirs ne me permettent pas de fournir des détails plus circonstanciés sur les résultats de l'auscultation et de la percussion à droite.

A gauche, sonorité et respiration normales.

La malade se couche indifféremment sur le côté droit ou sur le côté gauche ; mais le décubitus dorsal n'est possible que durant quelques instants. Il n'y a jamais eu d'hémoptysies.

Le sommeil serait parfait s'il n'était assez souvent interrompu par des quintes de toux. Ces quintes de toux font naître un peu de douleur vers l'angle inférieur de l'omoplate.

La malade éprouve de l'ardeur à la partie supérieure du sternum et une sensation de plénitude à la racine du bras droit, dont les mouvements ne s'exécutent pas aussi facilement que du côté gauche. D'ailleurs, cette espèce de gêne s'est plus tard dissipée d'elle-même.

La mensuration ne fait constater aucune inégalité dans le développement des deux moitiés latérales du thorax. Le foie n'a subi aucun déplacement.

Je diagnostiquai un épanchement pleurétique circonscrit du sommet. Cet avis fut partagé par un confrère appelé en consultation, et deux cautères furent établis et entretenus en suppuration au-dessous de la clavicule droite. Un autre confrère, qui vit la malade quelques semaines plus tard, n'hésita pas à déclarer que, pour lui, il s'agissait d'une infiltration tuberculeuse.

L'énumération des différents moyens mis en usage et successivement essayés serait dépourvue d'intérêt. Je me contenterai de dire que le seul qui ait produit quelque soulagement, c'est la codéine administrée à la faible dose de 1 à 2 centigrammes, de deux en deux jours.

Les fonctions digestives ne tardèrent pas à s'améliorer, et la malade récupéra la plénitude de son appétit.

Cependant voilà seize mois d'écoulés depuis mon premier examen. La malade, comme on le pense, a été maintes fois explorée ; mais je me bornerai à décrire son état actuel, qui a été constaté il y a peu de jours :

Le facies est toujours cachectique, le teint jaune ; l'amaigrissement a fait des progrès, sans offrir toutefois ce degré d'émaciation que présentent les phthisiques, ces excavations profondes au-dessus des clavicules. La dyspnée va croissant ; c'est le symptôme dominant, comme il est le plus pénible. Très-supportable dans l'état de repos parfait, il s'exaspère et *devient fort intense* sous l'influence de la marche et du moindre mouvement.

La toux revient toujours par accès ; l'expectoration consiste en quelques crachats spumeux, quelquefois opaques, rendus en petite quantité. On peut dire que l'expectoration est presque nulle.

Toujours pas d'hémoptysies. Peau sèche. Pouls toujours à 90, comme il y a seize mois.

L'appétit est suffisamment développé et les digestions se font bien.

Aucune douleur ; mais la malade éprouve un sentiment d'anxiété partant du creux épigastrique, et quelquefois comme une sorte de constriction à la gorge.

Comme au début, la malade peut se coucher sur le côté droit et sur le côté gauche ; mais si elle veut se coucher sur le dos, il se produit au bout de quelques instants un singulier phénomène, dont j'ai en vain cherché à me rendre compte. La malade éprouve derrière le sternum; au cou et derrière la tête, des battements, des pulsations, qui l'obligent à se mettre sur son séant. Les battements dont les carotides sont alors agitées sont visibles à distance. Tout ce tumulte s'apaise dès que la malade quitte le décubitus dorsal.

A la percussion, *matité absolue toute la hauteur de la poitrine*, en avant et à droite. La matité du foie succède à la matité de la poitrine, sans aucune ligne de démarcation.

En arrière, du même côté, semblable matité, jusque dans la fosse sous-épineuse, où la sonorité reparaît. La région latérale droite donne également un son mat.

A l'auscultation, on entend au sommet de la poitrine, à droite, une très-légère respiration bronchique, à timbre comme métallique. D'ailleurs, silence absolu, si ce n'est en arrière où, à partir de l'épine de l'omoplate on perçoit le murmure respiratoire très-affaibli, et masqué quelquefois par des râles sibilants, qui se font aussi entendre à gauche, où, du reste, rien ne s'éloigne de l'état normal.

Les bruits du cœur s'entendent plus fortement et plus distinctement à droite, vers le mamelon, qu'à la région précardiale. Le cœur n'est pas déplacé.

A l'inspection, le côté droit de la poitrine paraît aplati.

La mensuration donne près de 30 *millimètres de moins à droite qu'à gauche.*

On trouve un ganglion lymphatique engorgé au-dessus de la clavicule droite, et un autre immédiatement au-dessous de la clavicule gauche.

La palpation de l'abdomen n'y fait absolument rien découvrir d'anormal, aucune tumeur. Le foie n'est pas déprimé.

On ne constate ni hémoptysie, ni œdèmes partiels, ni dilatation variqueuse des veines superficielles du cou et de l'abdomen.

Je crois avoir exposé dans ce qu'ils ont de plus essentiel les symptômes offerts par Mme J***. Et maintenant, à quelle affection ai-je affaire ?

S'agit-il, comme je l'avais pensé tout d'abord, d'un épanchement pleurétique? Mais la marche de la matité de haut en bas et

l'absence de voussure du côté malade, suffiraient pour faire rejeter cette hypothèse.

Serait-il question d'un poumon solidifié par des tubercules dont il serait infiltré de haut en bas, comme le pensait un de mes confrères? Mais ici combien de considérations s'élèvent contre une semblable supposition! L'âge de la malade, son aspect, le défaut de symptômes généraux, l'apyrexie, l'absence de sueurs, de diarrhée, d'expectoration; l'amaigrissement moins prononcé que dans une phthisie pulmonaire aussi chronique et aussi étendue; l'affection exactement limitée à un seul côté, ce qui ne se voit que rarement dans tous les cas de phthisie pulmonaire chronique : voilà autant de motifs qui me paraissent de nature à faire écarter le diagnostic d'une phthisie pulmonaire. Au besoin, ajoutez encore ceci : J'ai dit que Mme J*** était goîtreuse; or, s'il est permis de s'en rapporter à la remarque du docteur Hambergole [1], cette circonstance exclurait positivement la phthisie. Voici comment s'exprime ce médecin : « Je ne connais pas un seul cas de tuberculose qui se soit déclaré lorsque le goître existait déjà. Je doute qu'un individu affecté de goître puisse devenir tuberculeux; et, selon moi, le goître exclut positivement la phthisie. »

Je ne pense pas non plus qu'on puisse s'arrêter à l'idée d'un anévrysme thoracique; nous n'avons point de souffle anévrysmal; — ni d'un kyste hydatique; on n'observe pas la voussure spéciale, la saillie globuleuse, la déformation insolite de la poitrine, signalée par M. le docteur Vigla [2] : — ni d'une pneumonie chronique. Cette dernière affection, outre que le plus souvent elle succède à une pneumonie aiguë, qu'elle tue généralement plus vite, donne lieu à la formation de cavernes ulcéreuses dans les parties indurées, cavernes dont l'existence est révélée par les signes physiques ordinaires. C'est ainsi, du moins, que les choses se sont passées dans le plus grand nombre des observations relatées dans le Mémoire de M. le docteur Charcot, sur la pneunomie chronique (p. 17 et 27).

J'aurais pu, pour exclure les kystes hydatiques et la pneumonie chronique, faire valoir encore d'autres considérations; mais j'ai jugé que c'était superflu.

Ayant ainsi éliminé les différents états morbides que je viens de passer en revue, je me trouve amené à formuler, avec hésitation toutefois, et sous toutes réserves, le diagnostic : *cancer encépha-*

---

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1853, p. 840.

[2] *Archives générales de médecine*, septembre 1855, p. 280.

loïde du poumon. Ce serait donc un cas de cancer primitif du poumon, vraie rareté pathologique. « Cette affection est tellement rare dans le poumon que la possibilité de son existence se présente toujours à l'esprit en dernière ligne. « (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1851, p. 170.)

Je n'ignore pas qu'il manque, dans le cas actuel, trois symptômes d'une valeur considérable : 1° les hémoptysies ; 2° les œdèmes partiels, et 3° la dilatation variqueuse des veines superficielles du cou et de l'abdomen. Certes, si l'on pouvait s'appuyer sur la présence de ces trois symptômes, ce n'est pas avec hésitation qu'on poserait le diagnostic, et l'existence de cette production accidentelle deviendrait presque une certitude.

Sans prétendre diminuer en rien l'importance des trois symptômes dont je viens de parler, je ferai cependant remarquer qu'ils n'ont pas toujours été notés dans les observations de cancer du poumon que j'ai pu compulser. Ainsi il n'en est pas fait mention dans le cas relevé par M. Andral. (*Clinique médicale*, 2e édit., t. II, p. 396.)

Dans un cas d'infiltration cancéreuse des deux poumons, observé par le docteur Joseph Bell et inséré dans la *Gazette médicale* de Paris (1847, p. 714), il est dit que le malade n'a *jamais eu d'hémoptysie;* mais, d'un autre côté, « le développement de la distension des veines du cou, l'œdème des poignets et des régions malléolaires, » sont expressément indiqués. Puis, le médecin qui analyse cette observation dans la *Gazette médicale* ajoute : « Parmi les circonstances qui étaient de nature à éclairer ce diagnostic, il en est une qui mérite une attention particulière, et sur laquelle l'auteur (Joseph Bell), nous ne savons pourquoi, n'insiste pas dans les réflexions qui suivent son observation: nous voulons parler du *développement de veines du cou. Ce signe manque souvent;* mais quand il existe, il est des plus précieux, parce qu'il indique l'existence d'une tumeur et que, ce fait une fois constaté, les circonstances concomitantes mettent souvent à même de déterminer la nature de cette tumeur. »

Dans un autre cas du cancer du poumon, dû à M. Heifelder, médecin à Sigmaringen (*Gazette médicale*, 1837, p. 522), les trois symptômes dont je m'occupe sont complétement passés sous silence.

On rencontre la même absence de ces symptômes dans une observation de cancer du poumon et de la plèvre, consignée par M. le docteur Descroizilles, dans la *Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 169.

Je crois donc qu'il est permis, même en l'absence des trois symptômes susénoncés, à savoir : les hémoptysies, les œdèmes partiels et la dilatation variqueuse des veines superficielles du cou et de l'abdomen, de hasarder dans mon observation le diagnostic : infiltration cancéreuse du poumon droit.

Je sais que le cancer des poumons est une affection rare. J'ai déjà cité à cet égard l'opinion de M. Descroizilles. Quant aux difficultés dont est entouré le diagnostic, voici encore l'opinion de ce médecin et celle du docteur Genouville : « Le diagnostic par exclusion est presque toujours ici le seul possible, en se rappelant toutefois qu'il ne peut être porté que d'une manière dubitative. » (*Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 171, M. Descroizilles.) « Le cancer pulmonaire, dit à son tour M. Genouville (*Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 180), même arrivé à une période déjà avancée de son évolution, n'offre aucun symptôme capable de mettre sur la voie du diagnostic ; c'est encore une de ces affections que le médecin peut plutôt deviner que reconnaître. » Eh bien, malgré toute la réserve qui m'est commandée, le diagnostic *cancer du poumon* s'impose en quelque sorte à mon esprit, et je ne quitte jamais ma malade sans me dire : cette pauvre femme est cancéreuse.

Il existe, en effet, dans le cas dont je m'occupe, une réunion de circonstances, un ensemble de données qui présentent une véritable valeur séméiologique, et dont il est impossible de ne pas tenir compte.

Ainsi on constate :

1° L'hérédité ;

2° Le retentissement de l'affection dans des ganglions sus et sous-claviculaires. Ce fait me paraît avoir une importance capitale.

3° L'aplatissement, la dépression, le rétrécissement de la poitrine du côté malade. Ce symptôme a été noté par Graves (trad. de M. Jaccoud, t. II, p. 97), par le docteur Marshall Hughes (*Gazette médicale* de Paris, 1842, p. 344), par Joseph Bell (*Gazette médicale*, 1847, p. 714). Tout le côté malade était considérablement rétréci. Quand on a noté la dilatation du côté malade, c'est qu'il y avait complication d'un épanchement dans la cavité pleurale.

4° La propagation avec renforcement des bruits cardiaques, signalée aussi par Graves (*loco citato*, p. 97). Les bruits cardiaques étaient transmis sur une grande étendue ; on les entendait sous les deux clavicules et dans toute l'étendue du côté gauche.

Dans l'observation du docteur Descroizilles, les bruits du cœur sont notablement déplacés, et leur maximum est à peu près au

niveau du bord droit du sternum (*Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 169).

M. Vigla, dans le diagnostic différentiel qu'il trace (*loco citato*, p. 551) des tumeurs liquides et des tumeurs solides intra-thoraciques, indique pour ces dernières la conductibilité quelquefois exagérée des bruits thoraciques qui se « passent dans le voisinage de la tumeur. »

5° « Pendant la plus grande partie de l'existence des encéphaloïdes des poumons, dit Laënnec (*Traité de l'Auscultation*, 2e édit., t. II, p. 62 et 63), il n'y a pas de fièvre sensible. Ils peuvent exister pendant longtemps, sans produire un amaigrissement notable. Mais ce symptôme est constant vers l'époque de la terminaison de la maladie, et il marche alors d'une manière très-rapide. »

Voilà exactement ce qu'on observe chez Mme J***. Le pouls, il y a peu de jours, était à 80, et, depuis quelques semaines, l'émaciation fait des progrès sensibles. Joignez à cet amaigrissement aujourd'hui prononcé cet aspect particulier de la face, cette teinte jaune terreuse de la peau, et vous aurez le cortége symptomatique qui caractérise certains cancers.

Et maintenant, si l'on veut bien peser les considérations que je viens de présenter, si l'on a égard à la marche et à la durée de la maladie, on sera, je pense, autorisé à admettre au moins la possibilité, sinon la probabilité d'une hétéroplastie de nature cancéreuse.

Il resterait encore une question à résoudre, celle du siége exact de la maladie. La plèvre est-elle envahie ? l'est-elle seule ? ou bien le poumon a-t-il également subi la dégénérescence ? Ici, je ne puis mieux faire que de citer les propres paroles de M. Decroizilles dans l'observation déjà mentionnée : « Les séreuses splanchniques sont rarement le siége d'une dégénérescence, sans que les organes qu'elles enveloppent soient eux-mêmes affectés. Il faut ajouter que, le plus souvent, ce sont ces derniers que la dégénérescence envahit tout d'abord. »

Quoi qu'il en soit, l'issue fatale n'est pas douteuse, et alors se dissipera l'obscurité que le cas actuel peut présenter.

Ch. Morel, D.-M.

Fleurier (Suisse).

BIBLIOGRAPHIE.

Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme, par Lucien Pénard, chirurgien principal de la marine, en retraite, ex-professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Rochefort, chevalier de la Légion d'honneur, membre de plusieurs sociétés savantes; 2e édit., revue et augmentée, avec figures intercalées dans le texte.

Parmi les médecins qui ne se sont pas spécialisés dès les bancs de l'école, et qui, comme la très-grande majorité, pour obéir à toutes les exigences de la pratique médicale ordinaire, ont dû étudier avec une égale attention toutes les branches de la science et de l'art, il n'en est pas un seul peut-être qui n'ait remarqué une regrettable lacune dans l'enseignement écrit de la science médicale, celle de livres sérieux qui, condensant dans un petit nombre de volumes les choses utiles et nécessaires, rejetassent sur un second plan celles qui, actuellement au moins, ne concluent pas à un enseignement pratique. La raison réelle de cette déplorable lacune, que la plupart des ouvrages qui prétendent à la combler ne remplacent que par le vide, c'est que rien n'est plus difficile qu'un pareil travail, et rien de plus rare à rencontrer que les esprits suffisamment doués pour l'accomplir. Il y faut d'abord une connaissance approfondie de la science tout entière, une pratique sérieuse de la partie de celle-ci qu'il s'agit de vulgariser, et une critique adéquate aux difficultés mêmes de la science et de l'art qu'il s'agit de résoudre. Or, l'homme est ainsi fait: l'orgueil s'allume si facilement au foyer de son intelligence, que, quand l'esprit a la conscience d'une réelle force, il est bien rare qu'il ne déploie ses ailes que pour raser la surface de la terre, et y recueillir les quelques grains de vérité que le crible du temps y a laissés tomber en les séparant de l'ivraie de l'erreur : il aspire à plus, il aspire à déchiffrer lui-même quelques mots de l'énigme éternelle.

Si quelqu'un trouvait que nous prenons les choses de bien haut pour parler d'un petit manuel à l'usage des accoucheurs et des sages-femmes, nous répondrions que rien de ce qui touche à la vie de l'homme n'est petit, et que toute œuvre qui tend à sauvegarder un intérêt de cet ordre ennoblit celui qui s'y dévoue. Tant de livres se guindent sur les échasses de la vanité, que, quand nous en rencontrons qui, sous une forme modeste, nous semblent devoir servir efficacement les intérêts sacrés de la science et de l'art, de l'art

surtout, ce nous est à la fois un devoir et un bonheur de le proclamer hautement.

On comprend que nous ne puissions analyser ici un ouvrage conçu et exécuté dans cet esprit, ouvrage, dont une première édition rapidement épuisée affirme d'ailleurs le mérite. Ce qui en est le trait essentiel, c'est le soin avec lequel l'auteur expose les données fondamentales du diagnostic obstétrical, c'est la précision qu'il apporte dans les détails des pratiques diverses de l'art que les circonstances peuvent commander, c'est la circonspection dont il ne se départit jamais, lorsqu'il s'agit de juger certaines de ces pratiques, graves entre toutes, et d'en établir les indications formelles. Qu'on lise, par exemple, les chapitres relatifs à l'accouchement prématuré artificiel, qu'il distingue en accouchement forcé, et en accouchement provoqué, et à l'avortement provoqué. Sur tous ces points délicats, nous ne savons rien de plus judicieux que les conseils de l'auteur. Nous signalerons encore, dans cette nouvelle édition du *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme*, le chapitre relatif à l'usage du seigle ergoté et des anesthésiques dans la pratique obstétricale, ou dans les accidents particuliers de la puerpéralité qui peuvent les appeler. L'auteur s'applique plus à restreindre ces applications qu'à les étendre : on ne l'en saurait trop louer.

Si nous ajoutons à ces courtes remarques que, dans cette édition, M. le docteur Pénard a encore augmenté le nombre des figures qui, en cette matière, sont si propres à bien fixer l'idée et à diriger la main, nous aurons fait comprendre aux lecteurs, nous l'espérons au moins, que ce petit volume est, dans la rigoureuse acception du mot, le véritable *vade-mecum* du médecin praticien : grâce à l'intelligente et honnête tentative de notre savant confrère, beaucoup d'ignorances seront à l'avenir impossibles.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Névralgie sus-orbitaire intermittente guérie par les injections hypodermiques de sulfate de quinine. — Malgré les faits déjà nombreux publiés dans les divers journaux de médecine, et principalement dans ce recueil, tendant à propager l'emploi du sulfate de quinine par la méthode sous-cutanée, ce mode de traitement a rencontré des adversaires, et nous avons vu tout dernièrement formulé ce reproche, qu'il n'était pas possible d'injec-

ter dans le tissu cellulaire une solution de sulfate de quinine suffisante pour produire l'effet demandé. L'observation suivante, recueillie dans le service de M. le professeur Natalis Guillot, vient répondre victorieusement à cette objection.

Vinot (Nicolas), ébéniste, âgé de quarante-deux ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, le 8 novembre 1865. Cet homme éprouve depuis sept jours des douleurs très-aiguës limitées à la région sus-orbitaire du côté gauche. Ces douleurs ne sont pas constantes, mais reviennent régulièrement tous les jours à la même heure. Le premier accès a eu lieu à deux heures du tantôt; mais les suivants sont survenus très-exactement entre onze heures et demie et midi. L'accès s'annonce par une douleur sourde, puis viennent des élancements, des sensations fulgurantes très-pénibles qui durent environ deux heures. Le calme ne se fait que vers trois heures et demie à quatre heures. En somme, la durée de l'accès serait de quatre heures.

Il est impossible de méconnaître une névralgie sus-orbitaire. Le malade indique surtout comme siége des élancements le trajet du nerf sus-orbitaire à partir de son point d'émergence, la région sourcilière et frontale jusqu'à la ligne médiane exactement, et par extension, la région occipitale, en suivant les ramifications nerveuses du cuir chevelu. Quand l'accès est à son maximum d'intensité, l'œil devient rouge et injecté; un larmoiement abondant se produit; un écoulement considérable a lieu par la narine du côté gauche; les deux paupières sont animées d'un mouvement spasmodique, et des tintements se font entendre dans l'oreille du côté gauche. En même temps, la région sus-orbitaire est le siége d'une hypéresthésie très-marquée. Pendant l'accès, il y a de la douleur à la région sous-orbitaire, suivant les branches du nerf maxillaire supérieur; et cependant, à gauche, le malade ne présente pas la moindre dent gâtée, tandis qu'il en a plusieurs à droite.

Dans l'intervalle des accès, le malade ne souffre pas; il se plaint seulement de quelques frémissements musculaires; mais par la pression, on trouve que le trajet du nerf sus-orbitaire est très-sensible, notamment à sa sortie du conduit osseux. La pression pratiquée du côté opposé, au même endroit, est complétement indolore.

Du reste, l'état général du malade est satisfaisant; le sommeil est bon; il n'y a pas de céphalalgie persistante, et sauf la perte de l'appétit, toutes les fonctions s'accomplissent normalement.

En interrogeant le malade pour remonter à la cause probable

de cette névralgie, nous apprenons qu'il y a plusieurs années, en travaillant en Bourgogne à des terrassements de chemin de fer, il a contracté des fièvres intermittentes revenant tous les deux jours, et qui ont duré six mois. Le médecin des travaux l'a guéri par le sulfate de quinine. Ces fièvres n'ont jamais reparu ; mais il y a trois ans, cet homme, qui habitait Paris depuis plusieurs mois, fut pris de douleurs analogues à celles que nous avons décrites, occupant le même siége, et fut forcé d'entrer à l'hôpital Necker, où M. Lasègue le traita par le sulfate de quinine. La guérison n'eut lieu qu'au bout de trois semaines. Mais il faut dire que le malade avait attendu quinze jours avant de se présenter à l'hôpital ; aussi, à cette époque, les accès, quoique présentant le même caractère, étaient-ils plus douloureux et plus intenses ; ils venaient le matin et duraient environ huit heures.

Le 9 novembre, à dix heures et demie du matin, c'est-à-dire une heure et demie avant le retour de l'accès, je fais au malade une injection de 50 centigrammes de sulfate de quinine. Pour cela j'emploie la solution recommandée par M. Bourdon dans ses essais sur les rhumatisants [1], ainsi formulée :

Sulfate de quinine.........................	1 gramme.
Eau distillée..............................	10 grammes.
Acide tartrique............................	50 centigrammes.

Voulant donner d'emblée une forte dose du médicament, je suis forcé d'injecter 5 grammes de la solution. Je choisis pour faire la piqûre la région antérieure de l'aisselle à gauche, là où le tissu cellulaire qui recouvre le grand pectoral est assez abondant et lâche en même temps. Pendant l'injection, le malade n'accuse qu'une sensation de cuisson, très-supportable du reste. Le soir, à la visite, le malade me dit que son accès est moins fort que d'habitude. Au lieu de quatre heures, il n'en a duré que deux. Les douleurs ont été moins vives et la sécrétion des larmes moins abondante. Le malade se sent la tête moins fatiguée que les jours précédents, et il a pu dîner, ce qui ne lui eût pas été possible auparavant, l'accès le laissant trop fatigué. Au point où j'ai pratiqué l'injection, il n'y a qu'un peu de gonflement sans douleur.

Quant à l'effet physiologique du médicament, il est assez difficile de s'en rendre compte, le malade ayant d'habitude des tintements dans l'oreille du côté de la névralgie ; cependant, il n'a point

---

[1] Dodeuil, *Du traitement du rhumatisme articulaire par les injections sous-cutanées de sulfate de quinine* (*Bullet. de Thérap.*, t. LXIX).

ressenti de bourdonnements et ne présente pas la moindre surdité.

Le 10 novembre, à la même heure, je pratique à la région antérieure de l'aisselle, mais cette fois du côté opposé, une injection de 60 centigrammes de sulfate de quinine, soit 6 grammes de la solution indiquée. Sous son influence, l'accès ne dure qu'une heure et demie, et les douleurs ont éte plus tolérables. Le soir, je trouve le malade assez dispos ; mais il accuse des bourdonnements assez intenses dans les deux oreilles. Du reste, outre l'action thérapeutique du médicament, qui était déjà une preuve suffisante d'absorption, nous nous en sommes assuré directement, M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, a bien voulu évaporer l'urine du malade, et il a obtenu de la sorte un résidu blanchâtre, qui, par l'addition d'une goutte d'acide sulfurique, s'est transformé en cristaux de sulfate de quinine.

Le 11 novembre. Ce matin le malade ressent encore des bourdonnements d'oreilles, mais beaucoup moins qu'hier soir. A l'heure accoutumée, nouvelle injection avec 60 centigrammes de sulfate de quinine à peu près. Je dis à peu près, car l'interne en pharmacie du service, ayant cru mieux faire, a remplacé l'acide tartrique par de l'acide acétique, de sorte que le sel de quinine ne s'est pas dissous complétement, et l'on voit un grand nombre de cristaux flotter dans le liquide. De plus, cette solution a un autre inconvénient que nous signalons ici pour qu'on évite de l'employer : elle est beaucoup plus douloureuse pour le malade, bien que par précaution nous ayons fait l'injection à la région thoracique antérieure, au moins à 10 centimètres de l'endroit où avait été pratiquée la première. Cependant l'accès n'a duré qu'une heure et demie et les douleurs ont été modérées. L'œil ne s'est pas injecté, il n'y a pas eu de larmoiement ni de clignement des paupières.

Le 12 novembre. N'ayant pas d'autre solution que celle d'hier, j'injecte environ 60 centigrammes de sulfate de quinine. Le soir, le malade nous dit que l'accès n'a duré que trois quarts d'heure. Les élancements pénibles n'ont duré qu'un quart d'heure. Il se plaint de douleur là où a été faite l'injection hier ; et à l'endroit de la piqûre, il existe de la rougeur, du gonflement et de l'induration : aussi, le lendemain, 13 novembre, je reviens à la solution à l'acide tartrique. La même dose de 60 centigrammes est injectée à la même heure. La durée de l'accès n'est que d'une demi-heure.

L'induration n'a pas augmenté là où a été faite la première introduction de la solution à l'acide acétique ; mais le malade accuse une vive douleur là où a été faite la seconde injection avec la même

solution. Disons de suite que cet accident n'a présenté aucune gravité. Aucune menace de suppuration ; une induration du volume d'une noix a persisté une huitaine de jours et causait seulement de la gêne au malade dans l'accomplissement de certains mouvements (adduction du bras).

Le 14 novembre. Nouvelle injection de 60 centigrammes de sulfate de quinine. Des douleurs presque insignifiantes se sont montrées à l'heure accoutumée, mais n'ont duré qu'un quart d'heure.

Le 15 novembre. Même dose du médicament ; aucune douleur. Le malade se considère comme guéri. Il dort et mange très-bien.

Le 16 novembre. 30 centigrammes de sulfate de quinine. Aucun accès.

Le 17 novembre. On cesse tout médicament ; mais il survient à une heure de l'après-midi un léger accès d'une demi-heure.

Le 18 novembre. Je pratique une injection de 50 centigrammes et l'accès ne reparaît pas.

Les 19, 20 et 21, je diminue la dose en abaissant chaque jour de 10 centigrammes. Les douleurs ne reviennent plus, et au bout de huit jours le malade part pour l'asile de Vincennes.

Cet homme nous offrait un type très-net de névralgie intermittente périodique, développée sous l'influence tellurique, et le sulfate de quinine était évidemment indiqué, d'autant mieux qu'il avait déjà réussi dans les attaques antérieures. Nous avons seulement employé un nouveau mode d'administration. Dans ce cas, rien ne s'opposait à l'injection du médicament par l'estomac, car les voies digestives étaient en bon état ; mais convaincu de l'innocuité des injections hypodermiques du sulfate de quinine, nous n'avons pas hésité à avoir recours à ce moyen.

Le malade n'a eu du sulfate de quinine que pendant douze jours, tandis que l'attaque antérieure pour laquelle il avait été soigné à l'hôpital Necker n'avait cédé qu'au bout de trois semaines de traitement ; mais nous n'en tirerons aucune conclusion favorable à la méthode hypodermique, car nous avons eu soin de faire remarquer dans le courant de l'observation que les circonstances n'étaient nullement comparables, la maladie, cette dernière fois, ayant été traitée dès le début. Nous ferons remarquer aussi que la dose de sulfate de quinine a été beaucoup moindre que si ce sel avait été administré par la bouche. Dans les névralgies de cette nature, il faut au moins prescrire 1 gramme à 1gr,50, tandis que la dose maximum a été de 60 centigrammes.

Cette méthode nous paraît présenter encore un grand avantage,

que nous signalerons d'autant plus qu'il se retrouve dans l'application au traitement des fièvres intermittentes pernicieuses, c'est la faculté de pouvoir commencer le traitement quelques heures avant l'accès. Le malade, étant entré à l'hôpital assez tard le soir, n'a été vu que le lendemain matin à la visite, et comme l'accès survenait vers midi, il n'aurait pas été possible de le combattre le jour même, le sulfate de quinine administré par la bouche devant être donné le plus loin possible de l'accès, ou tout au moins sept à huit heures avant le moment de son apparition. Par le tissu cellulaire, l'absorption se faisant bien plus rapidement, il suffit de donner le sel de quinine une heure ou deux avant l'accès; et, comme le prouve cette observation, l'effet thérapeutique n'est pas moins obtenu. N'y a-t-il pas là une ressource précieuse pour combattre les fièvres intermittentes pernicieuses, dans lesquelles deux ou trois accès suffisent pour emporter le malade? Combien de fois n'arrive-t-il pas dans les campagnes que le premier accès est si peu marqué, que le médecin, le plus souvent éloigné, n'est pas appelé, et qu'on attend le second pour le faire venir! et quelquefois il est trop tard pour conjurer le troisième, qui sera fatal. Dans de pareilles circonstances, nous n'hésiterions pas, et nous adjurons nos confrères d'y avoir recours. Il nous paraît même rationnel de pratiquer une injection pendant l'accès lui-même, et nous regrettons de ne pas avoir fait cette expérience sur notre malade.

Quelques mots seulement sur la solution employée. La lecture de cette observation montre qu'on ne saurait trop en surveiller la préparation. Il n'est pas indifférent que le sel de quinine soit dissous au moyen de tel ou tel acide, loin de là. Les faits de MM. Pihan-Dufeillay et Dodeuil montrent que telle solution produira des accidents locaux, tandis que telle autre est inoffensive. Notre malade en est une preuve bien évidente. La solution de l'acide tartrique n'a amené aucune complication, tandis que deux injections faites au même siége, avec une quantité égale d'acide acétique, ont été suivies d'une induration, qui pendant quelques jours nous a fait craindre la formation de petits abcès [1]. Il faut donc employer exclu-

---

[1] Le dernier numéro de la *Revue médicale* contient le fait suivant:

« Au mois de septembre dernier, dit le docteur Fischer, le docteur Schlossberger me fit uno injection sous-cutanée de 55 centigrammes de sulfate de quinine à la partie interne des deux avant-bras. A mesure qu'elle pénétrait, la solution me causait des douleurs violentes et brûlantes. Le lendemain, tuméfaction considérable des piqûres, avec chaleur et tache noire comme une pièce de 1 franc au centre, entourée d'un cercle jaunâtre avec rougeur au dehors. Après

sivement la solution à l'acide tartrique, ou du moins jusqu'à nouvel ordre, car on ne peut nier que le peu de solubilité du sulfate de quinine ne soit un grand obstacle à l'emploi de ce médicament par la voie hypodermique. C'est un point qui exige de nouvelles recherches. Peut-être trouvera-t-on un nouveau sel de quinine plus soluble. Notre collaborateur, M. Vée, fait des expériences dans ce but, et peut-être réussira-t-il à résoudre cette difficulté.

F. Bricheteau.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Empoisonnement par l'opium; administration de la belladone; guérison. J. C***, âgé de soixante ans, pilote, adonné aux excès alcooliques, s'étant enfermé chez lui, avala près d'une once de laudanum, à cinq heures du soir. On ne s'aperçut qu'il était malade qu'au bout de deux heures. Lorsque M. John Adamson arriva auprès de lui un peu après sept heures du soir, il le trouva en proie aux symptômes les plus prononcés de l'empoisonnement par l'opium : coma; insensibilité; face pâle; contraction extrême des pupilles; respiration lente; pouls faible, sans accélération; résolution musculaire complète au point que la tête, suivant les mouvements imprimés au corps, tombait en arrière ou en avant comme celle d'un cadavre. Un vomitif au sulfate de zinc n'amenant pas de vomissements, on essaya de vider l'estomac au moyen de la sonde œsophagienne, dont l'introduction eut lieu sans que le malade parût presque en avoir conscience, et par laquelle on ne parvint à retirer qu'une petite quantité de liquide clair.

A huit heures quarante-cinq minutes, aucun signe d'amélioration ne se manifestant, M. Adamson fait prendre 1/2 drachme de teinture de belladone (1 drachme vaut 3gr,888), dose qui est répétée à neuf heures et demie. A dix heures et demie, même état; on donne 1 drachme de la même teinture, après quoi un mieux très-appréciable ne tarde pas à se faire remarquer : pupilles moins contractées, face moins pâle, torpeur moindre. A minuit, après une nouvelle dose de 1/2 drachme, le malade comprend la question qu'on lui adresse, y répond d'une manière, il est vrai, peu intelligible, montre sa langue comme on le lui demande. A une heure du matin, il est en état de dire à quelle heure il a avalé le laudanum. Une dernière dose de 1 drachme est administrée à deux heures du matin. Pendant tout ce temps, et à partir du moment où le traitement avait été commencé, six hommes robustes avaient été employés à prévenir par des excitations répétées l'augmentation de la stupeur. On a vu qu'il ne commença à se manifester de l'amélioration qu'après la troisième dose, soit après l'administration de 2 drachmes, c'est-à-dire de près de 8 grammes de teinture de belladone (préparée suivant la formule de la Pharmacopée de Londres, de 1851).

M. Adamson reconnut ultérieurement que la quantité de teinture d'opium ingérée par le patient n'était pas moindre de 7 drachmes ou un peu plus de 27 grammes, qu'il n'avait pris ce jour-là aucun aliment solide et n'avait pas bu avec excès. La quantité de teinture de belladone administrée de huit heures quarante-cinq minutes du soir à deux heures du matin, s'élève à près de 14 grammes. Le lendemain il ne restait que du trouble de la vue et une constipation qui fut opiniâtre. (*British med. Journ.*, 6 janvier 1866.)

---

quelques jours, élimination d'une escarre entraînée par la suppuration qui dura trois semaines. » (*Al. Viener med. Zeitung.*) Si l'unicité de cet accident permet d'en rattacher la cause à une mauvaise préparation du médicament, c'est une raison de plus d'expérimenter comparativement les précédentes.

Convulsions épileptiformes : guérison à la suite de l'expulsion d'un tænia. Sarah E., âgée de trente-sept ans, mariée et mère de huit enfants, dont le plus jeune a trois ans, réclama les soins du docteur Mac Kendrick en décembre 1864, pour des attaques auxquelles elle était sujette. Depuis le mois d'août précédent, date du début de l'affection convulsive, ces attaques sont devenues de plus en plus fréquentes, séparées par des intervalles de plus en plus courts, et à l'époque où notre confrère vit cette dame pour la première fois, il ne se passait que peu de jours sans qu'il s'en manifestât. Elle n'avait pas l'aspect d'un épileptique, elle n'offrait pas cet air hébété qui est ordinaire à ces malades. Les attaques survenaient brusquement, sans cri initial et n'étaient pas suivies de stertcur ; il y avait perte de connaissance, les yeux étaient ouverts, les pupilles modérément dilatées, les mouvements convulsifs des membres étaient très-violents, avec une tendance par intervalles à l'opisthotonos. Ces accès duraient environ une demi-heure, laissant à leur suite de l'hébétude pendant environ deux heures ; puis quand la connaissance revenait complétement, la malade retrouvait son esprit occupé de la même pensée qu'elle avait immédiatement avant l'attaque. Les menstrues étaient régulières et il n'y avait aucun symptôme de dérangement ni matériel ni fractionnel du côté des organes de la génération. Mais il n'en était pas de même de ceux de la digestion, et la malade rapportait qu'elle rendait assez souvent des fragments de tænia dans ses garde-robes. Deux dragmes d'huile de fougère mâle furent administrées et suivies de l'expulsion d'un grand nombre de portions de ce parasite. Dans les quinze jours qui suivirent, il n'y eut qu'une seule attaque et moins forte que d'habitude. Une nouvelle dose amena la sortie de fragments plus nombreux et plus considérables. Dans l'intervalle de ces deux doses et à la suite de la seconde, la malade fut mise à l'usage d'une infusion de racine de gentiane. Au bout de quatre mois et demi, il n'était pas revenu d'attaques (*Lancet*, 9 sept. 1865).

Traitement de la gangrène spontanée par les bains d'oxygène. M. le docteur Foucras, dans sa thèse inaugurale récemment soutenue, a ajouté de nouveaux exemples témoignant des bons résultats de cette médication, à ceux que nous avons empruntés précédemment à M. le professeur Laugier, qui l'a le premier expérimentée (t. LXII), puis à M. le docteur Debourge (t. LXIV). Ces observations démontrent que l'effet des bains d'oxygène est d'abord de modifier la coloration de la peau, menacée ou déjà atteinte par la gangrène et qui, de livide qu'elle était, devient rosée, et puis reprend insensiblement son état normal ; en même temps la température abaissée s'élève, la sensibilité amortie reparaît, l'œdème s'efface, les douleurs diminuent graduellement et cessent ; enfin, le cercle inflammatoire se développe autour des parties gangrenées, qui doivent être éliminées.

Mais l'emploi des bains d'oxygène n'est pas applicable dans toutes les conditions : il en est qui l'indiquent, il en est qui l'excluent ; et ne pas tenir compte de ces dernières, comme cela est arrivé, ce serait compromettre l'avenir d'un moyen thérapeutique dont, l'expérience le démontre, il y a lieu d'espérer de grands services. Cette question des indications et contre-indications, déjà exposée par M. Laugier, est résumée en ces termes par M. Foucras :

« Pour songer à retirer un bon résultat de l'oxygène, il faut que les artères principales des membres menacés de gangrène soient perméables. Ainsi, dès qu'on ne percevra point les battements de l'artère pédieuse et de la tibiale postérieure pour le pied, ou de la radiale et de la cubitale pour la main, on ne saurait espérer grand'chose de l'oxygène, du moins comme moyen curatif. Au contraire, tant que la circulation artérielle persistera au moins en partie, et que la gangrène ne sera qu'imminente, l'emploi des bains d'oxygène sera indiqué. »

Quant au mode d'administration, il est très-simple. On place du chlorate de potasse et un peu d'oxyde de zinc dans une cornue, qui est mise en rapport par un tube coudé avec un flacon laveur, qu'on garnit d'un tube de sûreté. De ce flacon part un troisième tube, lequel est fixé d'une part sur la troisième tubulure du flacon, et d'autre part s'engage dans un petit orifice pratiqué sur une grande vessie de bœuf ou sur un manchon en caoutchouc construit *ad hoc*. Cette vessie, destinée à loger l'extrémité gangrenée (le pied ou la main), porte une large fente par laquelle le membre est introduit.

Pour fermer hermétiquement, on applique, avec une bande de caoutchouc, les bords de cette fente sur la partie inférieure de la jambe ou de l'avant-bras, en ayant soin préalablement de chasser l'air contenu dans la vessie. Il suffit alors de chauffer avec une lampe à l'alcool le mélange renfermé dans la cornue : le dégagement d'oxygène qui se fait rapidement vient gonfler la vessie et agir sur le membre. La durée de l'application, variable suivant les cas, ne doit jamais être moindre d'une heure ; mais elle peut être portée à trois, à six et même à huit heures par jour. (*Gaz. des hôpit.*, 20 janvier 1866.)

Le chloro-carbone, nouvel anesthésique. Par ses incessantes recherches, ses tentatives, ses expériences sur les anesthésiques, l'illustre auteur de la découverte des propriétés anesthésiques du chloroforme, M. le professeur Simpson (d'Edimbourg) a trouvé, pour ainsi dire, un succédané à celui-ci dans un produit ayant avec lui beaucoup d'analogie de composition et d'effets : c'est le *bichlorure de carbone* ou *chloro-carbone* découvert, en 1839, par Regnault, de l'Institut, et dont l'histoire et la composition chimiques se trouvent, comme celles de tous les composés chlorés, dans tous les ouvrages classiques élémentaires depuis cette époque. Inutile donc de les rappeler ici, non plus que sous les divers noms sous lesquels ils ont été désignés depuis, en France et à l'étranger. Il ne s'agit que de faire connaître ici ses propriétés anesthésiques et les résultats qu'en a obtenus M. Simpson.

Ses premiers effets sont très-analogues à ceux du chloroforme, mais il est plus longtemps à produire le même degré d'anesthésie, et celle-ci aussi plus longue à se dissiper. Expérimenté sur des lapins et des souris, deux de ces animaux, dans des conditions identiques, soumis aux mêmes doses de chloroforme et de chloro-carbone, ont éprouvé une influence dépressive sur le cœur beaucoup plus grande avec celui-ci qu'avec celui-là. L'emploi en est donc beaucoup plus dangereux. Employé chez une femme en couches pendant une heure, il en résulta l'anesthésie ordinaire; mais le pouls devint, à la fin, extrêmement petit et faible. Chez une autre femme soumise au chloroforme auparavant, aucun effet différent, au contraire, ne se manifesta, quoiqu'elle fût atteinte d'une affection valvulaire. Dans une opération de fistule vésico-vaginal, une division du col utérin, la dilatation du vagin et l'application de la potasse caustique sur un large nœvus, chez un jeune enfant, le chloro-carbone agit parfaitement comme anesthésique. L'enfant resta endormi plus d'une heure après l'opération, avec le pouls rapide et faible durant tout le temps du sommeil anesthésique. Une des souris soumise à son influence respira imparfaitement pendant quelque temps sur la table, puis mourut.

Appliqué sur la peau, le chloro-carbone est beaucoup moins stimulant et irritant que le chloroforme, et pourrait avantageusement le remplacer comme anesthésique local dans les liniments sédatifs.

Injecté en vapeur dans deux cas d'hystéralgie grave, il calma la douleur immédiatement, et le soulagement fut tel, chez la première malade, qu'elle put goûter le sommeil dont elle était privée depuis plusieurs semaines. Une seringue ordinaire, dont la grosse extrémité plonge dans une fiole ordinaire contenant une once environ de chloro-carbone, sert à cet effet. Employé de même par la voie rectale, il s'est également montré plus sédatif que le chloroforme.

Par la méthode hypodermique, à la dose de 10 à 20 gouttes, ce fluide a également calmé des douleurs des parois de la poitrine et de l'abdomen sans être suivi des nausées qui résultent si fréquemment des préparations opiacées. Il peut donc être préférable dans son emploi externe, comme anesthésique et sédatif, à plusieurs autres compositions analogues. Sous ce rapport, les expériences du savant professeur écossais méritent d'être répétées. (*Medical Times*, et *Union médicale*.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Du traitement topique des affections de la matrice par des pessaires médicamenteux. L'idée des pansements dans les affections de la matrice, a toujours dominé la thérapeutique gynécologique, et elle est aussi ancienne que la science médicale. Les difficultés dans

l'application la faisaient seule abandonner; mais on appréciait si bien ses avantages qu'elle revivait sans cesse. De nos jours encore, quelques rares praticiens emploient comme pansement des mèches de charpie ou de coton imbibées dans quelques substances médicinales; mais tout cela paraît loin encore des avantages que promet M. le docteur Raciborski, par ses pessaires médicamenteux. Une mèche de charpie ou de coton ne peut guère être introduite assez profondément dans le vagin sans le secours d'un des spéculums en usage, ce qui rend alors chaque fois l'intervention d'un homme de l'art nécessaire. Il suffira de rester debout, et à plus forte raison de marcher, pour que la mèche glisse en bas et abandonne le col.

Les pessaires médicamenteux de M. Raciborski sont des segments de *typha*, dont on a enlevé la tige ligneuse centrale, ou la hampe, pour leur donner de la souplesse. Le duvet resté seul est maintenu par une enveloppe en tulle très-clair. Ces cylindres ont une longueur de 7 à 8 centimètres, et peuvent par conséquent occuper toute la longueur du vagin, qu'ils remplissent. Par suite de leur introduction, qui se fait directement ou à l'aide d'un petit spéculum *ad hoc*, le vagin se déplisse, ce qui fait disparaître en même temps des abaissements plus ou moins considérables du col, qui compliquent souvent les différentes affections utérines. Par la même raison disparaissent aussi, quelquefois presque instantanément, d'autres complications telles que des tiraillements dans les reins, des pesanteurs dans le bas-ventre, qui dépendent de cet abaissement. L'extrémité vulvaire de chaque pessaire se termine par une petite tige arrondie en gutta-percha, qui fait une légère saillie au fond de la vulve, et que les malades peuvent saisir très-facilement elles mêmes lorsqu'elles veulent retirer le pessaire.

Tous les liquides peuvent être mis à l'aide de ces pessaires en contact avec le vagin et le col. L'auteur se sert ainsi depuis quatre ans, avec beaucoup de succès, de décoctions émollientes, des calmants, des astringents, etc. Le perchlorure de fer, appliqué ainsi en solution plus ou moins concentrée, lui a rendu de très-grands services dans le traitement des métrorrhagies. M Raciborski dit avoir retiré d'excellents effets dans l'aménorrhée des femmes mariées et contre la stérilité, en appliquant à l'aide de ces pessaires directement sur les organes génitaux : l'eau de mer plus ou moins concentrée, la solution de sels de Pennès, et beaucoup d'eaux minérales que l'on a l'habitude de prescrire en boisson et bains dans le traitement des affections des organes sexuels. Sous ce rapport, les pessaires médicamenteux du docteur Raciborski semblent devoir être d'un grand secours dans la thérapeutique balnéologique. Le coaltar, l'acide phénique, le permanganate de potasse, appliqués de la même manière, désinfectent promptement les sécrétions les plus fétides. L'auteur pense qu'on pourrait peut-être en tirer un très-bon parti au moment des épidémies, des fièvres puerpérales dans les grands établissements des femmes en couches, en introduisant dans le vagin de chaque nouvelle accouchée un pessaire médicamenteux imbibé des liquides désinfectants ci-dessus mentionnés.

Comme les substances appliquées à l'aide de pessaires ont une action soutenue et prolongée sur les parties malades et, par conséquent, infiniment plus forte que lorsqu'on les emploie en injections, on doit toujours prendre cela en considération lorsqu'il s'agit de doser les médicaments que l'on désire employer.

On garde le pessaire médicamenteux pendant plusieurs heures, le plus souvent pendant toute la nuit; mais on peut aussi le placer pendant le jour. Beaucoup de femmes peuvent le garder ainsi sans être obligées de prendre de précautions; mais il est toujours plus prudent de maintenir l'instrument en place à l'aide d'un bandage en T, ou en se garnissant comme à l'époque des règles, lorsque les malades veulent marcher et à plus forte raison sortir de chez elles. Un pessaire peut servir pour plusieurs pansements, seulement il faut avoir soin de le laver chaque fois avant de le réintroduire, et les malades doivent aussi faire des injections à l'eau dans l'intervalle des pansements. (*Académie de médecine.*)

Traitement des ophthalmies. M. Serre emploie contre les ophthalmies catarrhales et scrofuleuses, et contre les boursouflements vésiculeux de la conjonctive, une formule aussi simple qu'efficace et rapide dans ses résultats : ce moyen consiste purement et simplement dans le badigeonnage des deux paupières avec un pinceau trempé dans une solution concentrée de nitrate d'argent. Le pinceau

est promené ainsi sur toute l'étendue de ces voiles membraneux, jusqu'à leurs bords libres, aussi longtemps qu'il est nécessaire pour déterminer le noircissement de la peau. On peut encore appliquer sur les paupières fermées un petit linge imprégné d'une pommade contenant 60 centigrammes de nitrate d'argent pour 10 grammes d'axonge, qu'on laisse en contact avec elles pendant dix minutes environ; ce pansement est renouvelé tous les jours pendant huit à quinze jours. L'effet, au dire de M. Serre, en est extrêmement prompt. Dès le premier jour, les enfants atteints de ces ophthalmies catarrhales, scrofuleuses, avec boursouflement vésiculeux plus ou moins marqué de la conjonctive, dès le premier jour ces enfants ouvrent l'œil à la lumière,—la photophobie a disparu, et le mal, si souvent rebelle à tous les autres moyens de traitement, cède ordinairement en moins de quinze jours.

Dans l'espèce d'ophthalmie que M. Serre designe sous le nom de *granulations palpébrales* ou de *palpébrite granuleuse* et *verruqueuse*, ce chirurgien emploie un moyen différent, mais non moins efficace, c'est l'acide chromique cristallisé et tombé en deliquium au simple contact de l'humidité atmosphérique. Voici le mode d'application indiqué par l'auteur : après avoir renversé la paupière dans toute la hauteur du cartilage tarse, il appliquo, sur toute l'étendue des granulations verruqueuses l'extrémité conique d'un petit cylindre de verre imprégné du deliquium d'acide chromique; puis avec un linge fin il essuie légèrement, de manière à enlever l'excès d'acide et à empêcher que la moindre partieule de celui-ci ne soit mise en contact avec le globe oculaire; enfin, après une minute environ de contact, il passe, sur toute la partie touchée par l'acide chromique, un pinceau trempé dans l'eau pure, et le pansement est fait. Il suffit de deux, trois ou quatre pansements ainsi pratiqués, pour guérir la maladie sans laisser les traces de tissu inodulaire, que déterminent ordinairement sur la conjonctive les agents de cautérisation habituellement employés, et pour rendre à la cornée toute sa transparence.

Enfin, dans l'ophthalmie purulente, M. Serre substitue, comme moyen de traitement, aux cautérisations énergiques et aux lavages continuels conseillés dans tous les traités d'ophthalmologie, la pratique suivante qui lui a, dit-il, donné les meilleurs résultats : il ordonne que, jour et nuit, pendant trois jours consécutifs, tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, les paupières de l'enfant soient entr'ouvertes pour donner issue au pus et l'empêcher de produire par action chimique la macération et la perforation de la cornée; en même temps est passé sur le globe de l'œil un pinceau imbibé d'eau miellée ou vinaigrée. M. Serre affirme que le succès de ce traitement, sauf dans quelques cas exceptionnels, ne lui a jamais fait défaut lorsqu'il a été suivi avec une ponctuelle exactitude. Pour obtenir cette condition, il donne à ses prescriptions une sanction morale énergique en déclarant à la mère qu'il la rend responsable de la guérison ou de la perte des yeux de son enfant. — Dans le cas où la maladie est trop avancée, ou la cornée enflammée est le siége d'un chémosis et d'un étranglement extrêmement douloureux, M. Serre fait cesser tous les accidents par le débridement de l'œil à l'aide de la ponction de la cornée : il suit en cela le procédé de la nature, qui se soulage elle-même de l'étranglement du globe oculaire par la perforation de l'organe. (*Société de chirurgie.*)

VARIÉTÉS.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Récompenses accordées à des étudiants pour leur conduite pendant le choléra.

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'Instruction publique,

Arrête :

ART. 1er. — La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 1er janvier 1866, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèse, certificat d'aptitude, diplôme), est accordée aux étudiants

ci-après dénommés, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra :

Services rendus à Toulon. — MM. Espagne, Vigcan et Lannelongue, étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier.

Services rendus à Sollies-Pont (Var). — M. Gensollen, étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier.

Services rendus à Raon-l'Etape (Vosges). — MM. Castex et Briguel, étudiants de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Services rendus dans les hôpitaux de Paris. — M. Dodeuil, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus au lycée Saint-Louis. — M. Combeau, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 2. — Un ouvrage scientifique, portant la mention qu'il est donné à titre de souvenir des services rendus pendant l'épidémie cholérique de 1865, sera décerné, au nom du ministre de l'instruction publique, à M. Gensollen, étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier. V. Duruy.

Paris, le 25 janvier 1866.

Par décret en date du 30 décembre 1865, ont été compris, à compter du 1er janvier 1866, dans la première formation du cadre des médecins et des pharmaciens en chef de la marine, d'après leur ancienneté respective dans le grade dont ils sont actuellement pourvus :

Dans le grade de médecin en chef : MM. Quesnel, Saint-Pair, Dufour, Delioux de Savignac, Duval, Collas, Rochard, Fonssagrives, Walther, Arlaud, Jossic, Barrallier, Beau, Marroin, Drouet, Beaujean, Mouflet, Sénard, Riou Kerangal.

Dans le grade de pharmacien en chef : MM. Vincent, Roux, Fontaine, Jouvin.

Par décret en date du 17 janvier 1866, M. Vincent, pharmacien en chef, a été promu au grade d'inspecteur adjoint dans le corps de santé de la marine.

Par décrets impériaux du 17 janvier 1866, rendus sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus :

Au grade de médecin principal : les médecins de 1re classe, MM. Vesco, Sabatier, Barthélemy.

Au grade de pharmacien principal : les pharmaciens de 1re classe, MM. Hugoulin, Lemoine.

Par décision du ministre de la marine et des colonies, en date du 30 décembre 1865, ont été nommés à la première classe de leur grade :

M. le directeur du service de santé Maher.

MM. les médecins-professeurs : Roubin, Maisonneuve, Le Roy de Méricourt, Gallerand, Ollivier, Duplouy.

MM. les médecins principaux : Bigot, Bellebon, Richaud, Mazé, Barat, Margain, Gourrier, Mauger, Japhet, Le Clerc, Thibaut, Gueit, Gaigneron, Colson, Bourdel, Fleury, Bouffier.

M. le pharmacien-professeur Peyremol.

Par décision du ministre de la marine et des colonies, en date du 19 janvier 1866, ont été mis en non-activité pour infirmités temporaires, MM. les médecins principaux Thiery et Jourdan.

M. le docteur Feltz (Victor-Timothée), est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg (section de médecine).

Cet agrégé stagiaire entrera en activité de service le 1er novembre 1868.

Dans une de ses dernières séances, le Corps législatif a adopté une loi dont voici la teneur :

Art. 1er. — Un prix de 50,000 francs, à décerner dans cinq ans, est institué en faveur de l'auteur de la découverte qui rendra la pile de Volta applicable avec économie :

Soit à l'industrie comme source de chaleur,
Soit à la chimie,
Soit à la mécanique,
Soit à la médecine pratique.

Les règles à adopter pour les conditions et le jugement dudit concours seront déterminées par un décret.

Art. 2. — Dans le cas où le prix n'aurait pas été décerné à l'époque fixée par l'article ci-dessus, le concours pourra être prorogé, par un décret de l'Empereur, pour une nouvelle période de cinq ans.

M. le professeur Béhier vient d'être nommé membre de l'Académie impériale de médecine.

M. le docteur Leudet fils (Théodore-Emile), directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie, médecin adjoint du lycée impérial de Rouen, est nommé médecin du lycée impérial de cette ville, en remplacement de M. Leudet père, dont la démission est acceptée.

L'Association des médecins du département de la Seine a tenu sa séance annuelle le dimanche, 28 janvier, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Velpeau. L'assemblée avait pour objet la lecture du compte rendu de l'année 1865, par M. le secrétaire général Louis Orfila, l'élection d'un président et de deux vice-présidents et le tirage au sort des membres titulaires de la Commission générale. MM. Velpeau, Barth et Nélaton, président et vice-présidents sortants, ont été réélus pour l'année 1866.

La Société de médecine d'Alger a ainsi constitué son bureau pour l'année 1866 : Président, M. Vincent; premier vice-président, M. Dru; second vice-président, M. Alcantara; secrétaire général, M. C. Gros; secrétaire des séances, M. Bruch; trésorier-archiviste, M. Collardot.

M. le docteur Delore vient d'inaugurer son installation de chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon par un discours des plus remarquables sur l'hygiène des maternités. Dans cette haute position, M. Delore saura faire servir aux progrès de la science les nombreux matériaux qu'il aura à sa disposition, et les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, nous en sommes convaincu, ne tarderont pas à s'en apercevoir.

Le Comité médical des Bouches-du-Rhône, reconnu, par décret impérial, établissement d'utilité publique, décernera, dans sa séance générale d'avril 1866, une médaille d'or de la valeur de 200 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur les questions suivantes :

« 1° Quel est l'état actuel des associations médicales en France ?

« 2° Répondent-elles au but principal de leur création, qui est de ne faire des médecins français qu'une seule famille ?

« 3° Dans le cas contraire, quels sont les moyens à prendre pour atteindre ce but ?

« 4° Faut-il admettre les pharmaciens dans ces associations ? »

Le Comité décernera, dans la même séance, un prix de 300 francs au concurrent qui aura produit le meilleur travail sur ces deux questions :

« Le service médical des associations de prévoyance et de secours est-il partout, en France, organisé de manière à concilier les exigences des membres qui les composent avec ce qui est dû aux médecins et pharmaciens qui les desservent ?

« Dans la négative, quels sont les moyens de facile exécution propres à perfectionner ce service, et quels sont les avantages qui doivent en résulter sous tous les rapports ? »

Les membres titulaires du Comité médical et les auteurs qui se feraient connaître sont seuls exclus du concours.

Les mémoires écrits lisiblement et envoyés francs de port, dans les formes académiques, seront reçus jusqu'au 1er mars 1866, terme de rigueur.

Ils seront adressés à M. le docteur Gouzian, président du Comité, cours Lieutaud, 12, à Marseille.

La mort si regrettable de Reveil n'a amené aucune interruption dans la publication de l'*Annuaire Pharmaceutique*, qui est continué cette année par M. Parisel.

Pour les articles non signés. F. BRICHETEAU.

Paris. — Typographie Hennuyer et fils, rue du Boulevard, 7.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Traitement du choléra (2e article) [1].

Par M. A. Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine.

Médication tempérante. — Ainsi que nous le disions tout à l'heure, la cyanose et l'algidité n'ont pas nécessairement et toujours pour corrélatifs le thé et le punch. Quand la simple hypercrinie du tube digestif a fait place à une véritable phlogose, caractérisée par l'ardeur dont les cholériques se sentent brûlés au dedans, par une soif inextinguible, par des selles sanguinolentes et surtout par la température hypernormale de l'intestin mesurée thermométriquement : alors la médication stimulante, interne, a fait son temps. Insister davantage sur les boissons chaudes, aromatiques, alcooliques, les préparations ammoniacales et tous les composés pharmaceutiques complexes offrant la réunion de ces diverses sortes d'agents associés aux narcotiques, ce serait torturer le sujet, entretenir la révolte de l'estomac et aggraver le mal. En pareille circonstance, le praticien doit s'empresser, au contraire, de recourir aux moyens susceptibles de calmer la soif, d'enrayer les vomissements et d'éteindre l'inflammation de la muqueuse digestive.

Les boissons froides ou glacées répondent au premier objet. Les acidules et les amers remplissent la seconde indication.

Le froid est antiémétique par excellence. Aussi les boissons aqueuses ramenées à 0° par un bain de glace fondante ou portées à une plus basse température et, comme on dit, *frappées* dans un mélange réfrigérant, font-elles le plus grand bien aux cholériques exténués par des déjections incessantes et par des vomissements incoërcibles. Ces malheureux sont surtout très-avides de la glace en nature, dont on leur fait habituellement sucer de petits morceaux à la fois.

Les acidules et les amers exercent, de leur côté, une action tempérante incontestable sur la muqueuse gastro-intestinale, soit en déterminant directement le retrait des capillaires artériels, soit en provoquant d'abord la sensibilité, puis l'intervention du système

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 97.

Une faute typographique qu'il importe de corriger s'est glissée dans notre premier article. Le choléra a fait à Paris, en 1865, 6,400 victimes environ et non 4,000 seulement comme il a été imprimé par erreur.

vaso-moteur. Les acides minéraux convenablement dilués agissent comme les acides végétaux affaiblis, en sorte que l'administration des limonades chlorhydrique et sulfurique semblerait plus opportune dans les degrés avancés de l'affection que dans ses débuts. Seulement les limonades citrique et tartrique sont plus agréables, plus commodes à préparer et exemptes d'inconvénients ; elles méritent donc la préférence.

Les amers, à leur tour, l'emportent sur les acidules, en ce sens que l'usage peut en être prolongé sans aucun dommage pour les organes. D'ailleurs, beaucoup de sujets les prennent volontiers, principalement les amers francs. Ce sont aussi ceux qui conviennent le mieux. Je ne connais pas de meilleur breuvage en ce genre, et qui plaise davantage à l'immense majorité des malades, que la bière, exotique ou indigène, peu importe, pourvu qu'elle soit de bonne qualité et pas trop forte [1].

Depuis que j'ai signalé le fait à la Société médicale des hôpitaux, beaucoup de mes collègues ont prescrit de la bière à leurs cholériques, et tous ont constaté, comme moi, le succès de cette boisson, administrée froide ou glacée, auprès des malades dévorés par la soif.

A la rigueur, de la tisane de gentiane ou de petite centaurée, etc., relevée par de l'eau de Seltz, suppléerait à la liqueur fermentée qu'aromatise le principe amer-résineux du houblon. La bière de strychnine, dont certains industriels abreuvaient, il y a trente ans, les habitants de Londres, atteindrait le même but, et je trouverais rationnel d'administrer de l'eau gazeuse additionnée de quelques gouttes d'alcoolature de noix vomique, si le maniement d'un médicament de cette énergie ne constituait, en ville et même à l'hôpital, un danger permanent.

Bien que je prescrive plus ordinairement les solutions acidules et surtout amères désignées ci-dessus, j'offre souvent aux malades du vin rouge ou blanc étendu d'eau de Seltz. Je leur accorderais volontiers de la *tisane de vin de Champagne* frappée, en qualité de liqueur peu alcoolique, gazeuse et d'un goût agréable. Cependant, je dois avertir que le vin est bien des fois repoussé par les malades, parce qu'il aigrit dans l'estomac. Le sucre à dose un peu forte en fait autant. La présence des acides acétique et lactique ainsi formés m'a paru exercer une influence fâcheuse sur la fréquence des vo-

---

(1) La bière de Lille ou de Strasbourg, le *bock-bier* de Bavière sont supérieurs en ce cas à la *pale ale*, au *porter* et au *Dublin-stout*.

missements. Je suis parvenu à calmer ce symptôme pénible, lorsqu'il dépendait de l'acescence gastrique, par l'ingestion de quelques cuillerées d'eau de chaux dans du lait glacé.

Médication réparatrice. —Une fois dépouillé de ses matériaux liquides, le sang s'arrête dans les capillaires, la révivification des globules devient impossible, les muscles privés de suc se roidissent dans d'atroces convulsions. A ce moment, la restauration séreuse apparaît comme une impérieuse nécessité.

Mais comment parvenir, malgré tant d'obstacles, à ce résultat si désirable ? Car les vomissements et la diarrhée n'en persistent pas moins malgré la viduité des vaisseaux, l'insensibilité du pouls et la stagnation complète du sang dans le réseau veineux. Cependant l'absorption est nulle, et désormais rien ne pénètre dans le système vasculaire. Toute médication qui compte sur la diffusion circulatoire est par conséquent illusoire et décevante. La seule action rationnelle et efficace consiste à réprimer les vomissements et la diarrhée, c'est-à-dire à fermer l'issue par laquelle s'échappent les substances fluides, dont la présence en proportions déterminées est indispensable au jeu régulier de toutes les fonctions.

Or, parmi les moyens précédemment recommandés pour se rendre maître des vomissements, il en est qui, tels que la glace et les boissons glacées, sont de nature à réparer l'une des pertes principales essuyées par l'organisme : je veux parler de l'eau. Ces boissons introduisent même, dès que l'absorption recommence, certaines substances minérales nécessaires à la composition du sang et des tissus. Ces derniers matériaux se retrouvent associés à des principes immédiats, éminemment nutritifs, dans les aliments légers, accordés aux malades aussitôt après la cessation des évacuations incoërcibles. Ainsi l'eau potable renferme des sels calcaires et alcalins ; il en est de même de la bière et du vin ; le bouillon contient, outre les matières albuminoïdes, beaucoup de chlorure de sodium, et le lait résume tous les aliments plastiques et respiratoires. Voilà bien de quoi refaire du sérum. Est-il besoin après cela d'administrer isolément certains principes d'une importance majeure, comme le bicarbonate ou le chlorure sodique ? J'avoue que je n'en vois pas l'urgence.

Quelques médecins ont pensé le contraire et ont proposé soit un sel de soude, soit un sel ammoniacal, dans le but de rendre au sang la réaction alcaline qu'il aurait partiellement perdue. Mais la *désalcalisation* n'est qu'une partie de l'altération complexe subie par le sang, privé en outre d'eau, d'albumine et de sels neutres. La *désalbumi-*

nisation, entre autres, est pour le moins aussi importante que la privation de carbonate alcalin.

En restituant du carbonate de soude, la réparation serait incomplète; en introduisant un sel ammoniacal on ferait autre chose et l'on manquerait le but. On ferait autre chose, car on déterminerait une excitation souvent utile, parfois nuisible. On manquerait le but visé, car ce n'est pas indistinctement d'un alcali quelconque que le sang a besoin : c'est spécialement la soude qu'il lui faut ; la potasse même ne saurait en tenir lieu. D'ailleurs les propriétés fluidifiantes des alcalis et de l'ammoniaque en particulier n'ont que faire dans le choléra bleu, attendu que l'épaississement du sang dérive uniquement de l'absence d'eau et non de son excessive plasticité.

En définitive, l'ammoniaque, conseillée par M. Ed. Carrière, doit être réservée pour la médication stimulante. Quant aux alcalis fixes, plus généralement recommandés, ils font double emploi avec les sels sodiques et autres contenus dans les aliments ou les boissons alimentaires. Pourvu que les fonctions digestives aient repris leur cours, la diète suffit à la restauration complète du sang. C'est seulement lorsque tout est rejeté par les vomissements ou la diarrhée, l'absorption gastro-intestinale étant impossible, que l'on doit intervenir. Mais, pour bien faire, il faudrait introduire en masse tous les éléments organiques et minéraux du sérum, ou du moins quelque chose d'approchant, comme la solution dite séro-lactée de bicarbonate de soude.

Cette introduction peut être obtenue soit à l'aide d'injections hypodermiques, soit par la transfusion dans les veines de gros calibre. Un mot, maintenant, sur ces deux procédés opératoires.

Injections hypodermiques de sulfate de quinine. — On pourrait faire absorber par le tissu cellulaire sous-cutané tous les médicaments qu'on a l'habitude de confier à l'absorption gastro-intestinale, et de plus un certain nombre d'agents auxquels la muqueuse stomacale semble opposer une barrière infranchissable. Mais la méthode hypodermique n'en est encore qu'à ses débuts, et bien peu de tentatives ont été faites dans le traitement du choléra.

Je crois avoir fait la première injection sous-cutanée chez un cholérique, le 28 septembre 1865, à l'hôpital Beaujon. C'était aussi le premier cas de choléra reconnu épidémique dans notre hôpital. Me laissant guider par l'analogie de cette terrible affection avec un accès de fièvre pernicieuse algide, et voyant l'impossibilité de rien faire absorber par les voies digestives, j'eus l'idée d'introduire sous la peau un médicament héroïque : le bisulfate de quinine, à la dose

de $0^{gr},50$, en dissolution alcoolique. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir que le sel abandonné par le dissolvant, qui s'était diffusé dans les aréoles du tissu connectif, demeurait à l'état pulvérulent autour de l'extrémité profonde du trajet parcouru par l'aiguille et donnait à la peau une coloration gris jaunâtre en même temps qu'une rigidité extraordinaire. Peut-être eût-il mieux valu se servir d'une solution aqueuse, acidulée avec l'acide sulfurique ou l'acide tartrique. Néanmoins, je pense que l'insuccès dépend plutôt de la siccité extrême du tissu conjonctif, de l'état concret et de la stase du sang dans les capillaires, que de la nature du véhicule employé.

A une période moins avancée, ou bien au moment du retour, quand la circulation est passablement active, l'absorption hypodermique, d'après mes propres observations, s'effectue sans obstacle. De son côté, M. H. Bourdon, médecin de la Maison municipale de santé, ayant pratiqué des injections sous-cutanées de solution quinique, alors que la sécrétion urinaire était encore copieuse, a pu retrouver le sulfate de quinine dans l'urine par le réactif de M. Bouchardat.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Boucher (de la Ville-Jossy), suivant notre exemple, injectait à la fois vingt gouttes de solution acidulée par l'acide tartrique, chaque goutte représentant 1 centigramme de sel.

Les expériences exécutées dans des conditions favorables ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'il en ressorte un résultat net et convaincant. Je ne désespère pas de voir le sulfate de quinine intervenir efficacement dans le traitement de l'intoxication cholérique; mais je pense qu'il rendra particulièrement des services contre les phénomènes congestifs du stade de réaction.

Injections dans les veines de gros calibre. — Dans le choléra cyanique, algide, se rencontre l'une des circonstances les plus fâcheuses qui puissent embarrasser le thérapeutiste : c'est l'occlusion de toutes les voies habituellement ouvertes à l'absorption médicamenteuse. L'estomac rejette tout ce qu'on y introduit, comme il ferait en temps ordinaire des substances irritantes et toxiques. L'intestin sécrète, expulse et n'absorbe plus. Les surfaces pulmonaires elles-mêmes ne sont plus le siége de la diosmose normale qui constitue le phénomène initial de la respiration. Enfin, le tissu cellulaire, ainsi qu'on vient de le voir, n'est pas toujours une meilleure voie d'absorption, parce que, complétement privé de cet *halitus* qui en lubréfie les vacuoles, il s'imbibe mécaniquement du liquide servant de véhicule à la substance active et laisse celle-ci à nu, sous forme solide, dès lors indialysable et inerte.

Reste donc pour dernière ressource l'injection des substances médicamenteuses, directement dans les veines de gros calibre.

Cette opération, pratiquée un certain nombre de fois dans l'épidémie de 1853-54, par M. le docteur Duchaussoy, actuellement agrégé de la Faculté, a donné entre ses mains quelques résultats heureux et mérite par conséquent d'être encouragée. Mais que d'obstacles à vaincre, que d'écueils à éviter pour réaliser ainsi quelque bien sans s'exposer à faire du mal!

Si la substance est introduite avec trop peu de ménagement, elle peut altérer dans la veine les globules sanguins qu'elle touche d'abord, les tuer même sur place et les faire passer à l'état de solides microscopiques, susceptibles d'entraver davantage encore une circulation capillaire déjà si embarrassée. Ou bien elle peut avoir l'inconvénient de produire des effets trop soudains, par cela même trop énergiques et conséquemment dangereux. Il faudra bien des essais, bien des tâtonnements avant d'arriver à une méthode réglée, exempte d'inconvénients et répondant à toutes les exigences.

Introduire le liquide médicamenteux avec une prudente lenteur, en petite quantité à la fois; choisir le meilleur agent et la forme la plus innocente pour l'économie : tel est le double but qu'on doit se proposer et qu'il est difficile d'atteindre.

Je n'ai fait pour ma part qu'une seule tentative en ce genre, dans la dernière épidémie, avec le concours de mon collègue, M. Duchaussoy, qui a bien voulu se charger de l'opération. Il n'a été injecté avec une lenteur calculée que 0gr,20 de sulfate de quinine dans une veine de l'avant-bras. Le malade, bleu et glacé, en proie déjà à une anxiété qui annonçait l'approche du terme fatal, a témoigné d'une plus grande angoisse pendant et après l'injection, et n'a pas tardé à succomber. Cette expérience *in extremis* ne prouve assurément rien contre l'utilité de la méthode.

Moyens neutralisants du poison morbide. — Il n'entre pas dans mon plan de décrire les moyens prophylactiques à l'aide desquels on espère tuer ou détruire la substance morbigène du choléra asiatique. Cependant, comme quelques personnes croient qu'il existe dès à présent une médication antidotique du choléra, je tiens à formuler de nouveau ma conclusion négative. Non, encore une fois, il n'est pas légitime d'admettre l'efficacité du chlore ou de l'acide phénique (il n'est venu jusqu'ici à l'esprit de personne de conseiller les vapeurs nitreuses) *pour combattre le poison cholérique au sein de l'organisme infecté.* Le raisonnement indique que, de la façon dont on les emploie, leur action est illusoire, et que, s'ils étaient em-

ployés autrement, cette action serait dangereuse. D'ailleurs la science attend encore un commencement de démonstration de cette prétendue efficacité.

Moyens empiriques, réputés spécifiques. — A la suite des médications rationnelles, fondées sur la physiologie, nous ne pouvons nous dispenser de mentionner ces moyens empiriques auxquels certaines personnes, entraînées par leur imagination ou abusées par les apparences, attribuent des vertus parfois merveilleuses.

De ce nombre est le fameux *Stachys anatolica*, tant prôné en Orient et dont la réputation est arrivée jusqu'à nous. J'ai démontré ailleurs [1] que la plante vendue sous ce nom n'est autre qu'une variété du *Teucrium polium*, commun dans le midi de la France et en Algérie. En tout cas elle ne possède d'autres propriétés que celles qui lui sont communes avec toutes les labiées aromatiques et amères.

La réputation de l'huile et de la poudre de semences d'*Argemone mexicana* n'est pas mieux établie.

Je ne crains pas de ranger ici le cuivre sous toutes ses formes : à l'état métallique ou à l'état de combinaison saline.

M. Burq vante ses armatures métalliques ; M. Lisle le sulfate de cuivre, préconisé aussi par M. Blandet, qui le considère comme le plus énergique des *excitants* dans la chorée et le croup, et adopté par M. le docteur Pellarin.

Quant aux armatures, je n'en comprends l'utilité possible qu'à titre de palliatif des contractures douloureuses, et rien ne prouve qu'elles puissent faire autre chose.

Malgré les prétendus faits d'immunité observés chez les ouvriers qui travaillent le minerai de cuivre, le sulfate de ce métal ne m'inspirait aucune confiance. Toutefois, cédant à la sollicitation d'un maître vénéré et d'un de nos honorés confrères de la presse médicale, je consentis à prescrire un jour les préparations cupriques, à l'hôpital Beaujon. Six malades nouveaux, reçus dans une journée du mois d'octobre, furent mis à l'usage de la potion de sulfate de cuivre, d'après la formule publiée par M. le docteur Lisle. Le lendemain, cinq de ces hommes étaient morts. Le sixième seul a survécu. Je n'accuse pas le médicament d'avoir aggravé le mal et accéléré la terminaison fatale, je constate seulement qu'il

---

[1] *Comptes rendus et Mém. de la Société de biologie*, 1849. C'est par erreur que Réveil (*Formulaire des médic. nouveaux*) attribue cette rectification à Mérat.

s'est montré impuissant, ce qui me porte à croire que les succès obtenus ailleurs ne lui sont pas imputables. M. le docteur Lisle et notre distingué confrère, M. Pellarin, auront eu la chance de rencontrer une série de cas propices dans lesquels les efforts naturels de l'organisme, aidés par les soins hygiéniques, devaient triompher de la cause morbide.

Après cela, libre à chacun de chercher le spécifique du choléra : le champ reste ouvert. Mais le moment n'est pas encore venu où les amateurs pourront se livrer à cette facile thérapeutique qui consiste, un nom de maladie étant donné, à prescrire une recette non moins immuable qu'infaillible.

L'ordre logique nous conduit maintenant à parler du traitement de la période réactionnelle caractérisée principalement par les congestions inflammatoires qui se manifestent de toutes parts. Il a déjà été question de la *médication tempérante* à l'occasion de la phlogose intestinale de la période d'état; nous en retrouvons ici l'indication d'autant plus formelle, que l'entérite secondaire est plus vive et qu'il s'y joint d'autres phlegmasies, le tout accompagné de fièvre.

Médication antiphlogistique. — Ces phlegmasies fébriles réclament un traitement énergique par les moyens antiphlogistiques proprement dits.

La méthode antiphlogistique dans son ensemble comprend les diverses médications spoliatrices, la réfrigération et l'emploi des toniques vaso-moteurs, lesquels sont des contre-stimulants ou sédatifs des actes qui s'accomplissent dans le réseau capillaire sanguin. Or, plusieurs de ces sous-médications n'ont pas leur raison d'être dans le choléra. En effet, la spoliation séreuse a déjà été poussée à l'extrême, il serait donc absurde de revenir aux émétocathartiques. D'un autre côté, la calorification est rarement assez exaltée pour qu'il y ait avantage à pratiquer des lotions froides. Restent les émissions sanguines et les *sédatifs potentiels* du système capillaire, tels que la belladone, le bromure de potassium et principalement le sulfate de quinine.

Nous avons déjà parlé de ce dernier agent et nous avons dit qu'il est impossible d'en établir dès aujourd'hui la valeur comme moyen de traitement du choléra. Les autres n'ont été que peu ou point essayés. L'emploi de l'eau n'est pas encore régularisé. En administrant l'hydrothérapie on se propose habituellement de provoquer une réaction calorifique consécutivement à l'application instantanée du froid. Rarement cette pratique est suivie de succès chez les cho-

lériques à une période quelconque du mal, parce que l'économie a perdu son élasticité et ne répond plus aux modificateurs selon le mode normal.

Mais l'eau est appelée à produire d'autres effets. Appliquée sur la périphérie du corps, à une douce température et d'une manière suffisamment prolongée, elle soustrait lentement la chaleur excessive, dissipe l'hyperhémie active qui l'entretient et devient même dans le choléra un adjuvant fort utile des moyens antiphlogistiques plus puissants dont nous allons nous occuper.

On a voulu faire des émissions sanguines la base du traitement du choléra. M. le docteur Félix Rochard, médecin des prisons de la Seine, se loue beaucoup de l'emploi de la saignée chez les sujets qui commencent à devenir bleus et glacés. Il appuie ses observations sur celles de M. le docteur Duché (d'Auxerre), ainsi que sur celles d'un autre médecin du département de l'Yonne. Malgré ces témoignages, je crois peu aux effets salutaires des émissions sanguines dans la période cyanique et algide : je ne dis pas asphyxique, parce que l'emploi de ce terme semblerait impliquer de ma part une assimilation que je considère comme inexacte et qui a pu conduire à une pratique erronée.

Bien que la phlogose intestinale soit alors très-réelle, ainsi que l'établissent les chiffres thermométriques, ce n'est pas une raison suffisante pour motiver des émissions sanguines, indépendamment de toute autre considération. Ce qui doit, en pareille circonstance, décider le thérapeutiste, c'est l'indication déduite de l'état général. Or, ce qui est inadmissible quand les sujets sont bleus, glacés et pour ainsi dire déshydratés, devient au contraire tout à fait opportun dès que le sang s'est enrichi de fluides par l'absorption et que la réaction, dépassant de justes bornes, engendre des congestions viscérales d'un caractère inflammatoire. Dans ces conditions, je n'hésite pas à spolier un peu le système sanguin. MM. Barth, Oulmont et plusieurs de nos collègues des hôpitaux de Paris ont suivi cette pratique. M. Barth prescrit de petites saignées. M. Oulmont préfère les ventouses scarifiées.

Comme on a plus souvent affaire à l'hyperhémie encéphalique et à ses funestes conséquences, je trouve plus commode d'appliquer quelques sangsues derrière les oreilles, une à une, afin d'obtenir un écoulement faible et soutenu. Mais si la congestion pulmonaire constituait un symptôme alarmant, je ferais poser des ventouses scarifiées, moyen plus expéditif, moins coûteux et à l'aide duquel, selon la remarque de M. le professeur Bouillaud, on évalue plus

exactement la quantité et les qualités du sang soustrait à l'économie. Au besoin même, je ferais pratiquer une ou deux phlébotomies.

Mais si l'on veut tirer tout le parti possible de ce puissant antiphlogistique, il faut l'employer à temps. S'il m'est arrivé parfois de trop attendre, en revanche j'ai la ferme conviction que plusieurs de mes malades doivent la vie à l'emploi plus hâtif des émissions sanguines locales. Trop souvent les phénomènes réactionnels du choléra, s'ils ne sont réprimés à point, acquièrent bien vite une intensité et une gravité au-dessus de toute ressource. C'est donc au début qu'il faut attaquer par des émissions sanguines les fluxions et les phlegmasies des organes splanchniques. L'occasion est fugitive. Faute de la saisir, le médecin s'expose à voir échouer tous ses efforts.

A la suite des médications particulières, j'aurais voulu pouvoir apprécier en connaissance de cause un moyen à propriétés thérapeutiques multiples, imaginé par M. le docteur Chapman. Notre ingénieux confrère de Londres emprisonne de la glace pilée dans des sacs de caoutchouc, désignés par lui sous le nom de *ice-bags*, qu'il applique le long de la colonne vertébrale, et prétend obtenir ainsi, par une action directe sur le centre spinal, une modification vaso-motrice d'où résulte la cessation de l'hyperhémie et de la supersécrétion intestinale. M. Chapman appuie ses explications sur les plus récentes découvertes de la physiologie expérimentale. Sa théorie est spécieuse; il est à regretter que, venu trop tard à Paris, l'auteur n'ait pas été à même de soumettre ses idées au contrôle des faits.

Nous venons de passer en revue la série complète des médications usitées contre le fléau indien. Avant de résumer le traitement du choléra, tel que nous le concevons et qu'il est adopté provisoirement par la majorité des praticiens, je tiens à faire une remarque préalable.

Le choléra étant la conséquence d'une intoxication par un poison morbide et constituant une affection analogue aux fièvres éruptives ou plutôt aux typhus, il serait souverainement ridicule et absurde de prétendre en arrêter brusquement le cours. Une fois introduit dans l'organisme, le ferment morbifique rencontre un milieu plus ou moins favorable à sa pullulation et se multiplie en conséquence. Il faut bien après cela qu'il soit éliminé ou qu'il périsse faute d'aliments. Le médecin, quand même il en aurait le pouvoir, ne saurait donc raisonnablement se proposer pour but de supprimer les évacuations cholériques, pas plus qu'il ne cherche à conjurer l'éruption de la scarlatine. Seulement, de même qu'il se croit obligé à

calmer l'ardeur devenue excessive de l'exanthème scarlatineux, de même et à plus forte raison doit-il s'efforcer de modérer un accident bien autrement grave : un flux intestinal qui, par son abondance extrême, dépouille rapidement la masse sanguine de toute sa partie liquide et tarit, pour ainsi dire, la source de la vie.

En d'autres termes, la thérapeutique, ne pouvant neutraliser ou détruire la cause morbide dans l'économie, doit se borner à modérer, régulariser ou réparer. Il faut être pénétré de cette vérité, si l'on veut faire un emploi judicieux des moyens que la science actuelle met à notre disposition.

Résumé. — Le traitement spécifique du choléra n'existe pas.

Le traitement rationnel, le seul possible, se tire des indications.

Ses moyens sont ceux des médications auxquelles ressortissent les différents symptômes dominants.

Il varie par conséquent selon le degré, la forme et l'intensité du mal.

Pratiquement, il convient de diviser la marche du choléra en trois périodes : celle de diarrhée simple, celle d'algidité et de cyanose, celle de réaction. Entre les trois périodes admises, on observe des phases transitoires qui participent à la fois des caractères de la précédente et de celle qui suit. Il existe cependant une période préliminaire d'incubation, ordinairement fort courte et durant laquelle la médecine n'intervient pas.

1° *Période d'incubation.* — Si l'on était appelé à temps et que, soupçonnant l'invasion du miasme cholérique, on crût reconnaître un malaise devant aboutir à l'hypercrinie intestinale, il serait parfois utile de provoquer l'explosion du côté de l'appareil digestif à l'aide de l'ipéca ou d'un laxatif salin, de même qu'on pousse à la peau lorsque l'éruption morbilleuse se fait attendre. Cette occasion ne s'offrira que rarement au praticien et, le cas échéant, il devra toujours intervenir avec une très-grande réserve.

2° *Période d'entérorrhée ou cholérine.* — C'est ce qu'on nomme à tort la *diarrhée prémonitoire*, puisqu'elle est déjà un phénomène essentiellement cholérique [1]. Autant vaudrait appeler symptômes prémonitoires de la variole, la fièvre, la céphalée et la rachialgie de la période d'invasion.

Lorsqu'un sujet est atteint de diarrhée séreuse en temps d'épidémie, on doit lui conseiller le régime alimentaire qui lui est le

---

[1] Le choléra peut également succéder à une diarrhée vulgaire, devenant alors sinon cause prédisposante, du moins circonstance aggravante.

plus favorable, la diminution des liquides, le séjour dans une atmosphère douce et la caléfaction, s'il y a lieu. On lui prescrira des absorbants, des spiritueux à doses modérées, des boissons aromatiques, des opiacés purs ou associés aux absorbants, etc. ; le diascordium, etc.

3° *Choléra confirmé.* — Il présente au point de vue thérapeutique deux degrés ou deux formes principales.

Dans l'une, la soif reste modérée ou du moins tolérable; il n'y a que peu ou pas de vomissements. Dans l'autre, la soif est ardente, inextinguible ; les vomissements sont répétés ou incoërcibles.

Avec la première forme, on se comporte comme avec la cholérine. Lorsqu'on a affaire à la seconde, on doit graduellement abandonner les médications narcotique et stimulante, les opiacés, les alcooliques et les boissons chaudes, pour recourir à la glace, aux boissons frappées, glacées ou du moins froides.

Dans ce cas, on administrera un mélange de vin et d'eau de Seltz, maintenu dans de la glace fondante ; de la bière ou de la tisane de *vin de Champagne* frappée. On donnera des glaçons à sucer. Ce qui n'empêchera pas de continuer à réchauffer la périphérie du corps par des moyens artificiels et d'exciter la peau par des stimulants énergiques : moutarde, chloroforme, frictions rudes.

Je ne parle pas d'un moyen oriental en vogue il y a seize ou dix-sept ans et qui consistait à s'asseoir sur le ventre du patient et à s'y maintenir jusqu'à ce qu'on fût relayé par un autre agent... thérapeutique.

Ce procédé est moins absurde qu'il ne paraît. Il permet de conserver la chaleur et de s'opposer à la sécrétion par la compression de la masse intestinale et de l'aorte. Les iatro-mécaniciens ne manqueraient pas d'essayer la compression méthodique par une ceinture de caoutchouc formant en avant un sac à eau chaude.

Certains symptômes prédominants réclament souvent un traitement spécial. On cherche à calmer les crampes par le massage, les frictions, l'électricité obtenue par les chaînes de Pulvermacher ou par des machines diverses. L'électricité sous forme de courants pseudo-continus, avec la machine de Marié-Davy, m'a donné quelquefois de bons résultats immédiats. D'autres fois, elle m'a paru exciter de plus vives douleurs.

Le hoquet, l'anxiété épigastrique et la douleur en ceinture sont combattus efficacement par les sinapismes et les vésicatoires sur le creux de l'estomac et sur les attaches du diaphragme.

Aux vomissements conviennent particulièrement la glace, l'acide carbonique et dans certains cas l'eau de chaux.

4° *Période de réaction.* — Dès que la réaction commence, le médecin doit s'efforcer de la soutenir et de la régulariser. En maintenant la chaleur extérieure, il diminuera progressivement le froid des liquides ingérés.

Plus de glace en nature ni de boissons frappées, ou à 0°. On fera boire à la température ordinaire, et bientôt, s'il y a lieu, on donnera des infusions aromatiques chaudes.

Devenir plus que jamais avare des alcooliques et des préparations opiacées. Les supprimer absolument dès que la réaction est en bonne voie. Accorder un peu de bouillon froid, d'abord, chaud, plus tard.

S'il survient des congestions viscérales (cerveau, poumons) : révulser à la peau par des sinapismes et des vésicatoires. Recourir de bonne heure aux émissions sanguines locales et même générales. Administrer le sulfate de quinine par l'estomac ou bien en injections hypodermiques ; l'associer au café. Essayer la belladone et l'atropine. Faire des lavages modérés à l'eau froide ou dégourdie.

Les complications, telles que les otites suppurées, les parotides, les inflammations des fosses nasales, de l'isthme du gosier, du pharynx, des bronches, du tissu cellulaire et des muscles, les synovites, l'érysipèle, réclament leurs moyens ordinaires de traitement. Les éruptions de roséole, d'urticaire, de lichen et d'ecthyma ne méritent guère qu'on s'en occupe.

Quant aux paralysies consécutives, nous nous bornerons aux conseils suivants. La paralysie vésicale exige qu'on sonde les malades deux fois par jour. Les paralysies périphériques seront combattues par les excitants : bains, frictions, électricité. On stimulera particulièrement la sensibilité à l'aide des irritants proprement dits et surtout par l'emploi du pinceau électrique, qui détermine instantanément un érythème intense. On ramènera le mouvement par l'*électrisation généralisée* dont j'ai fait connaître l'efficacité [1], ou par l'*électrisation localisée*, selon la méthode de M. Duchenne (de Boulogne).

Telles sont, à part quelques variantes, les bases, généralement acceptées aujourd'hui, du traitement de la maladie asiatique.

---

[1] *Bulletin général de Thérap.*, 15 décembre 1865.

De l'emploi thérapeutique du gaz oxygène.

A peine le gaz oxygène venait-il d'être isolé, en 1774, que Priestley, l'auteur de cette découverte, frappé des propriétés de cet air déphlogistiqué, comme il l'appelait, qu'il avait respiré, pensa qu'il pourrait être utilisé comme agent thérapeutique. Ses contemporains Spallanzani, Fontana, Lavoisier, se mirent à répéter ses expériences, et tous remarquèrent que les animaux vivent beaucoup plus longtemps dans le gaz oxygène que dans l'air commun. Ingenhousz, après en avoir respiré une certaine quantité, se sentit plus gai, plus robuste, plus d'appétit, etc. Aussi, dès cette époque, furent faites quelques tentatives, comme le prouve un mémoire de Jurine, couronné par la Société royale de médecine en 1785, mémoire dans lequel se trouve rapportée l'observation d'une jeune fille phthisique à laquelle on faisait respirer l'air vital.

Puis vinrent les recherches de Fourcroy sur le rôle que joue l'oxygène dans l'organisation animale et les applications thérapeutiques que l'on pouvait en déduire. Une vingtaine de cas de phthisie furent traités par l'oxygène, et chez la plupart des malades la respiration de l'air vital amena d'abord un bien-être très-marqué, un amendement des principaux symptômes, enfin un changement assez manifeste pour faire espérer une guérison prochaine. Mais tous ces phénomènes ne furent que passagers. Au bout de deux à trois semaines de ce traitement, des accidents inflammatoires violents survinrent, et la terminaison fatale survint avec rapidité. Frappé de ces résultats fâcheux, Fourcroy en avait conclu que l'air vital porte l'incendie dans les vaisseaux pulmonaires et y verse un torrent de chaleur, et il avait pensé que si son usage est contre-indiqué dans toutes les maladies où la chaleur et le mouvement sont trop énergiques, il pourrait être utile dans toutes les affections caractérisées par la sensation de froid et la lenteur des mouvements. Fourcroy dit en avoir vu de bons effets dans la chlorose des jeunes filles, les affections scrofuleuses des enfants, les empâtements du bas-ventre qui sont si communs à cet âge, l'asthme humide et chronique, les affections hypochondriaques, le rachitis commençant, les dyspnées opiniâtres accompagnées de pâleur à la peau et de faiblesse générale. « Ses effets avantageux dans les maladies, dit Fourcroy, se sont manifestés par une augmentation très-sensible de chaleur à la peau, par la coloration du visage, par l'accélération du pouls ; ces symptômes vont même tellement en croissant, qu'au bout de quelques semaines de l'usage de l'air vital, il en résulte un véritable

mouvement fébrile, une augmentation générale d'activité des solides, dont l'influence dans la guérison des maladies chroniques n'est plus un problème pour les médecins accoutumés à méditer sur la marche de la nature dans la guérison spontanée de plusieurs de ces maladies ([1]). »

Malheureusement l'influence des théories erronées de Fourcroy fut des plus pernicieuses pour l'avenir médical que semblait avoir l'oxygène à ses débuts, et nous voyons en Angleterre Rollo et Alyon traiter les maladies vénériennes par l'acide nitrique, sous le prétexte de donner une substance oxygénée.

Beddoës le premier, en Angleterre, entra dans le domaine de l'expérience et de l'observation. Partant d'un fait certain, l'oxygène est le principe vital de l'air, il se demanda s'il n'y avait pas moyen d'utiliser au profit de la thérapeutique une atmosphère qui contiendrait deux, trois, quatre fois plus de ce principe vital que l'air ordinaire, et il obtint des résultats avantageux dans le traitement de l'asthme et de la chlorose, si bien qu'il entreprit de fonder un institut pneumatique ou établissement spécial pour le traitement des maladies par les gaz. Beddoës fut en butte à des critiques fort acerbes, et après lui sa méthode fut complétement abandonnée.

A partir de la fin du siècle dernier, il n'est plus question de l'oxygène, bien qu'en 1832 plusieurs médecins essayèrent de l'appliquer au traitement du choléra à sa dernière période, sans succès. Mais depuis une quinzaine d'années l'oxygène a repris faveur en Angleterre, et, sans compter les observations isolées publiées par les journaux, il a paru plusieurs ouvrages traitant de l'emploi médical de ce gaz, parmi lesquels nous devons citer ceux de Riadore et de Birch.

En France, les travaux de Pravaz sur l'air comprimé avaient bien un peu éveillé l'attention sur ce point ; mais c'est à M. Demarquay qu'appartient l'honneur d'avoir introduit l'emploi de l'oxygène dans la pratique médicale. C'est dans un ouvrage tout récent publié par ce médecin distingué que nous avons puisé les éléments de cet article ([2]).

Action physiologique des inhalations d'oxygène. — Tout d'abord il ne faut pas croire que l'oxygène est un gaz dangereux à respirer à cause de son activité de combustion chimique, comme semblait le

---

([1]) Fourcroy, *Mémoire sur les propriétés médicinales de l'air vital*, lu à la Société royale de médecine (1789).

([2]) *Essai de pneumatologie médicale*, par Demarquay, chirurgien de la Maison de santé, etc. Paris, J.-B. Baillière, 1866.

faire craindre la théorie de Lavoisier sur les phénomènes chimiques pulmonaires. Ce n'est pas que dans des circonstances données, par exemple en présence d'une disposition à l'état inflammatoire, ce gaz ne puisse déterminer des accidents ; mais de nombreuses expériences ont nettement établi l'innocuité de l'oxygène respiré à dose modérée, c'est-à-dire de 15 à 30 litres.

Voici les phénomènes généraux produits par les inhalations de gaz oxygène.

Les premières inhalations d'oxygène amènent quelquefois une légère sensation de chaleur dans la bouche, qui se communique au larynx et dans l'intérieur de la poitrine, sensation plutôt agréable que désagréable, bien que Beddoës l'ait caractérisée d'ardente. Cette chaleur se communique assez vite à l'hypogastre, mais elle disparaît généralement quelques instants après qu'on a cessé de respirer l'oxygène. Toutefois elle peut manquer, de même qu'elle peut être augmentée par l'état maladif des voies respiratoires, comme cela résulte des faits signalés par les médecins du siècle dernier qui ont parfois appliqué inconsidérement ce gaz au traitement de la phthisie. A mesure que l'air vital pénètre, le pouls s'élève généralement, les pulsations augmentent de 4 à 20 et même davantage ; en outre, il devient plus serré ; mais ce phénomène n'est pas de longue durée. Dans quelques cas, le pouls n'augmente pas de fréquence, ou même subit une faible diminution ; mais le phénomène le plus constant, c'est le serrement qu'il éprouve. Plusieurs personnes accusent pendant la durée de l'inhalation une sensation de chaleur à la peau, et une disposition à la moiteur.

Les effets sur les sens sont peu marqués du côté du système nerveux central ; on ressent parfois un peu d'ivresse, et les personnes nerveuses accusent des sensations de picotement aux extrémités des doigts, de l'agitation et même de la gaieté ; d'autres éprouvent un besoin d'action musculaire très-marqué, en même temps qu'une espèce de constriction dans les régions temporales. Certaines personnes ont accusé des douleurs plus ou moins vives sur le trajet de plusieurs branches du nerf trifacial, telles que les nerfs sus-orbitaire, sous-orbitaire, et temporal.

Du côté des fonctions digestives, nous signalerons un fait très-important et assez général ; c'est le développement de l'appétit. La plupart des malades auxquels on administre cet agent éprouvent au bout de quelques jours ce besoin de réparation signalé par l'appétit. Ce fait est important, car il démontre qu'il s'accomplit au sein de l'organisme dont le sang a été plus oxygéné un phénomène de

désassimilation. Beddoës et tous ceux qui, comme lui, ont employé l'oxygène, ont été frappés par l'influence si remarquable de ce gaz sur les fonctions digestives ; mais les esprits tout occupés du traitement de la phthisie n'ont point assez compris quel parti on peut tirer de cette action précieuse de l'oxygène sur la reconstitution de l'organisme. Caillens, cependant, un des premiers qui aient prescrit l'air vital dans la phthisie, avait bien vu que ce n'est qu'en relevant les forces que ce gaz agit comme moyen curatif.

Quant aux autres fonctions de l'économie, les sécrétions entre autres, elles ne paraissent nullement influencées par l'oxygène.

Mode d'administration. — Dès les premiers essais tentés pour introduire l'oxygène dans la thérapeutique, on a compris l'importance de n'user que d'un gaz parfaitement purifié, et il est même certain que dans plusieurs cas où il a causé des désordres qui ont dû en faire cesser l'emploi, c'est à son impureté qu'il faut les attribuer, surtout lorsqu'on le préparait avec le bioxyde de mercure ou précipité rouge. Les moyens aujourd'hui usités ou proposés pour la préparation du gaz oxygène sont nombreux ; mais on prépare habituellement ce gaz par la décomposition du chlorate de potasse (¹).

Le gaz ainsi préparé est reçu dans un réservoir en caoutchouc, ayant à sa partie supérieure un tube muni d'une embouchure pour respirer et d'un robinet : sa capacité ordinaire est d'environ 15 à 20 litres.

Les inhalations se font de la manière suivante : Le malade adapte à sa bouche l'entonnoir, ouvre le robinet, et se livre à de profondes inspirations. A chaque effort respiratoire, on voit le récipient se dégonfler, et on juge de la quantité d'oxygène inhalé. Pour empêcher les produits de l'expiration de rentrer dans l'appareil, on serre les lèvres et on expire par le nez ; mais il est plus sûr de comprimer entre le pouce et l'index le tube en caoutchouc près de l'embouchure au moment de l'expiration.

La respiration directe de l'oxygène dans un appareil en caoutchouc a un grand avantage : celui de puiser directement dans le réservoir, et de le faire arriver en forte provision à chaque mouvement inspiratoire dans les cavités pulmonaires ; mais, bien que le gaz oxygène soit sans action chimique appréciable sur la substance du caoutchouc, ce corps n'en a pas moins une odeur *sui generis*

(¹) *Préparation du gaz oxygène pour inhalations*, par M. Limousin, pharmacien (*Bullet. de Thérap.*, t. LXVIII, p. 167).

qui souvent, sous l'influence alternative de l'humidité provenant des produits de l'expiration et d'une température un peu élevée, peut devenir désagréable au malade. La poussière de talc, dont on est forcé, dans la fabrication, de recouvrir la surface des feuilles de caoutchouc, est aussi entraînée par le gaz quand on respire, et produit parfois une irritation désagréable sur la muqueuse bronchique.

On obvie facilement à cet inconvénient, quand il se présente, en faisant usage d'un flacon laveur qui, à la manière d'un narghiléh, lave et rafraîchit le gaz, enlève l'odeur désagréable du caoutchouc et retient la poussière de talc, qui reste au fond de l'eau. Cette modification offre, en outre, l'avantage de pouvoir joindre à l'action de l'oxygène l'action spéciale de certains corps qu'on dissout ou qu'on suspend dans l'eau qui sert au lavage, comme le goudron, le chloroforme, l'iode, l'acide phénique, etc.

Voici, du reste, le dessin de l'appareil tel qu'il a été exécuté par M. Limousin.

Il suffit, comme on le voit, d'unir par un robinet disposé *ad hoc* le ballon dans lequel on a mis une quantité déterminée d'oxygène soit pur, soit mélangé d'air, avec l'appareil laveur, pour que le gaz arrive à travers l'eau par le plus long tube et se rende dans le flacon. On le respire par le second, qui est terminé par un ajutage en ivoire en forme de bout de pipe. Si la force expansive du gaz dans le ballon devient trop faible à la fin de l'opération, on facilite sa sortie par une légère pression sur les parois.

La dose ordinaire qui peut être supportée varie nécessairement suivant l'âge, la force et l'état du malade; mais, en général, on en donne de 20 à 30 litres par jour, moitié le matin, moitié le soir. Il ne faut pas oublier, du reste, qu'en faisant respirer le malade dans un appareil rempli de gaz oxygène pur, une certaine quantité d'air atmosphérique est introduite par la respiration qui se fait par le nez.

Application de l'oxygène au traitement des affections médicales. — Nous avons déjà dit que, dès le début, l'oxygène a été essayé dans le traitement de la phthisie pulmonaire, et qu'il n'a donné que des résultats fâcheux, ce qui s'explique par le peu de discernement qui a présidé à ces tentatives. Il est des cas nombreux d'affections thoraciques dans lesquels l'emploi de l'oxygène doit être proscrit, et notamment la phthisie qui s'accompagne de fièvre, quelle que soit sa forme, quelle que soit sa période, alors qu'une vive excitation du système nerveux ou du système circulatoire peut avoir une fâcheuse influence sur l'état local. Mais, au début de la

phthisie, chez des individus lymphatiques et scrofuleux, quand les symptômes locaux sont peu marqués, que les individus maigrissent, et qu'une dyspepsie persistante vient encore favoriser l'amaigrissement, et faire que des aliments mal élaborés par une digestion difficile vont concourir à une nutrition insuffisante et à la formation de tubercules pulmonaires, l'oxygène peut donner de bons résultats. Les craintes que l'on pouvait avoir relativement à l'excitation de la



muqueuse bronchique doivent cesser en présence de l'expérience. Nous avons vu un certain nombre de phthisiques respirer de l'oxygène et toujours sans aucun accident. L'oxygène, en modifiant la nutrition et en soutenant l'organisme, peut, dans certains cas, amender la constitution et arrêter la marche du mal. Voilà tout ce qu'il peut faire, et c'est déjà beaucoup. Les inhalations de ce gaz trouvent donc leur indication chez les phthisiques qui toussent peu,

maigrissent, perdent rapidement leurs forces, n'ont aucune appétence pour la nourriture, et digèrent mal.

La maladie pour laquelle l'oxygène a été le plus prescrit, c'est l'asthme. Sur 22 malades soumis à ce mode de traitement par Beddoës, 10 ont été guéris, 9 soulagés, et il ne s'est trouvé que 3 malades complétement réfractaires. Il est probable que le mot guérison veut dire que l'oxygène a fait cesser les accès, et non pas fait disparaître la maladie. M. Demarquay cite deux ou trois faits où ces inhalations ont calmé très-promptement les attaques. Mais ce traitement de l'asthme exige de nouvelles recherches. Nous nous bornerons à reproduire les contre-indications à l'usage de l'oxygène formulées par M. Sée[1] : 1° l'état fébrile ; 2° l'existence de foyers inflammatoires ; 3° les maladies du cœur et la disposition aux hémorrhagies ; 4° un état nerveux qui ne serait pas lié à l'anémie.

L'oxygène adapté à la cure des affections thoraciques n'est donc qu'un moyen douteux ; mais il n'en est pas de même dans les anémies : là il rend des services incontestables.

En parlant de l'action physiologique des inhalations de l'oxygène, nous avons insisté sur le fait à peu près constant que sous leur influence on voit l'appétit se développer; la pratique est venue confirmer la théorie, et c'est dans les anémies diverses que cette nouvelle médication a surtout rendu service. Au bout de quelques jours, les malades se sentent une faim inaccoutumée, ils n'éprouvent plus pour les aliments ce dégoût si difficile à vaincre, les fonctions digestives s'accomplissent plus régulièrement ; bientôt le besoin de mouvement et d'activité se fait sentir, et les forces reviennent promptement. Ce mode de traitement trouvera surtout son indication dans cette forme de chlorose des jeunes filles, caractérisée par une anorexie opiniâtre. A côté nous placerons l'anémie des convalescents à la suite des maladies aiguës et une variété particulière de l'anémie qui se termine le plus souvent par la mort. C'est à la suite de l'accouchement que cette anémie se manifeste. Voici sa marche en quelques mots. Les malades se remettent difficilement, ne reprennent pas leurs forces, puis bientôt, quoiqu'il n'y ait aucun trouble local, refusent de manger, ont des vomissements quand elles essayent de vaincre cette répugnance, éprouvent de l'insomnie, et finissent par succomber dans le marasme. En général, la mort survient six semaines à deux mois après l'accouchement. Nous avons observé plusieurs cas de ce genre à l'hôpital Necker, dans le service

---

[1] *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, art. Asthme.

de M. le professeur Natalis Guillot. Trois fois nous avons fait l'autopsie avec un soin des plus minutieux, et dans aucun cas nous n'avons trouvé d'altération qui pût expliquer la mort. Les deux seules malades que nous ayons vues guérir, ont été envoyées à la campagne dès qu'apparut l'inappétence marquée. En présence de semblables faits, nous n'hésiterions pas à employer les inhalations d'oxygène.

Il va sans dire que l'on aura recours avec succès au même traitement dans l'anémie consécutive à des hémorrhagies, à des fatigues, et que les inhalations d'oxygène seront un palliatif très-énergique chez les malades débilités par une suppuration prolongée. En stimulant l'appétit, elles soutiennent les forces du malade, et lui permettent d'arriver à la guérison.

Il est une maladie qui débilite promptement, non pas en troublant les fonctions digestives, mais en modifiant l'assimilation des matières absorbées : c'est le diabète. M. Bouchardat a depuis longtemps établi que le meilleur adjuvant du régime dans le traitement des diabétiques est l'exercice et l'emploi de la gymnastique. Par la marche et l'exercice, le diabétique accélère la circulation et la respiration ; de la sorte, plus d'oxygène pénètre dans le sang, et l'assimilation n'est plus viciée. Les inhalations d'oxygène produisent le même effet. Sous leur influence, la quantité de sucre contenue dans les urines diminue notablement. Plusieurs faits favorables à l'appui de cette méthode ont déjà été publiés, un notamment, entre autres, dans ce recueil [1].

Nous ne pouvons indiquer ici toutes les affections dans lesquelles il paraît rationnel d'essayer les inhalations d'oxygène : l'asphyxie, par exemple ; nous avons voulu simplement indiquer dans ce travail les principes qui doivent diriger le médecin dans leur emploi. La voie vient à peine d'être ouverte, espérons que de nombreux observateurs ne tarderont pas à s'y engager.

Applications de l'oxygène au traitement des affections chirurgicales.— L'application de l'oxygène sur un membre sain ou malade ne présente pas plus de difficulté que l'inhalation de ce même agent. On a construit pour cet effet des manchons en caoutchouc vulcanisé, dans lesquels on fixe le membre. Des bandelettes de diachylon fixent très-exactement l'orifice supérieur du manchon au membre sur lequel on veut opérer ; un tube fait communiquer l'intérieur du

(1) *Note sur les inhalations d'oxygène dans le traitement du diabète*, par le docteur Bérenger-Féraud (*Bullet. de Thérap.*, t. LXVII).

manchon avec l'air extérieur et sert à y faire pénétrer l'oxygène.

Mis au contact des plaies atoniques, de mauvaise nature, l'oxygène y provoque un travail d'excitation non douloureux, qui peut être salutaire. De même, appliqué sur les plaies récentes, il n'est pas douloureux et ne fait que déterminer un peu de chaleur; mais il ne faut pas abuser de son emploi; car, si une plaie simple et de bonne nature est soumise pendant plusieurs heures au contact de l'oxygène, on voit les bourgeons charnus devenir mous, rougeâtres, s'affaisser, prendre une teinte grisâtre, et au bout de quelques heures, l'excitation peut devenir telle, qu'il faut absolument cesser l'application du gaz.

Une des applications chirurgicales les plus heureuses de l'oxygène a été le traitement de la gangrène sénile. Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute les intéressantes recherches de M. Raynaud sur la gangrène symétrique des extrémités, dont il a rattaché l'existence à un vice d'innervation des vaisseaux capillaires, ou plutôt, suivant son heureuse expression, à une asphyxie locale, démontrée par la diminution ou l'absence de l'oxygène dans les tissus mortifiés. Guidé par cette donnée expérimentale, M. Laugier employa les bains locaux d'oxygène chez deux malades atteints de gangrène limitée des orteils et fut assez heureux pour obtenir la guérison. Ces deux observations, présentées à l'Académie des sciences en 1862 et 1863, eurent un grand retentissement, et depuis, bien que ce traitement n'ait pas donné toujours ce qu'on lui demandait, il peut revendiquer actuellement un certain nombre de guérisons, dont plusieurs sont consignées dans l'ouvrage de M. Demarquay, et qui se trouvent résumées dans un travail récent de M. Foucras ([1]).

Si l'on n'a pas à sa disposition un manchon de caoutchouc, on peut administrer le bain d'oxygène de la manière suivante.

On place du chlorate de potasse et un peu d'oxyde de zinc dans une cornue qui est mise en rapport par un tube coudé à un flacon laveur qu'on garnit d'un tube de sûreté. De ce flacon part un troisième tube, lequel est fixé d'une part sur la troisième tubulure du flacon, et d'autre part s'engage dans un petit orifice pratiqué sur une grande vessie de bœuf. Cette vessie, destinée à loger l'extrémité gangrenée (le pied ou la main), porte une large fente par laquelle le membre est introduit. Pour fermer alors hermétiquement, on applique, avec une bande de diachylon ou, mieux, de caoutchouc,

---

([1]) *De la gangrène spontanée dite sénile et de son traitement par les bains d'oxygène* (Th. de Paris, 1865).

les bords de cette fente sur la partie inférieure du membre, en ayant soin préalablement de chasser l'air contenu dans la vessie. Il suffit alors de chauffer avec une lampe à alcool le mélange contenu dans la cornue; le dégagement d'oxygène, qui se fait rapidement, vient gonfler la vessie et agir sur le membre.

La durée du bain, variable suivant les cas, ne doit jamais être moindre d'une heure; mais elle peut être portée à six et même à huit heures par jour.

L'effet des bains d'oxygène est d'abord de modifier la coloration de la peau menacée ou déjà atteinte par la gangrène, qui, de livide qu'elle était, devient rosée et puis reprend insensiblement son état normal. En même temps la température abaissée s'élève, la sensibilité amortie reparaît, l'œdème s'efface, les douleurs diminuent graduellement et cessent; enfin le cercle inflammatoire se développe autour des parties gangrénées, qui doivent être éliminées.

Si ce mode de traitement n'a pas toujours donné les mêmes résultats, c'est qu'il a été essayé dans des conditions bien différentes. C'est qu'en effet, pour retirer un bon résultat de l'oxygène, il faut que les artères principales du membre menacé de gangrène soient perméables. Ainsi, dès qu'on ne percevra point les battements de l'artère pédieuse ou de la tibiale postérieure pour le pied, ou de la radiale ou de la cubitale pour la main, on ne saurait espérer grand'-chose de l'oxygène. Au contraire, tant que la circulation artérielle persistera au moins en partie et que la gangrène ne sera qu'imminente, l'emploi des bains d'oxygène sera indiqué.

En résumé, l'oxygène nous paraît avoir conquis son droit d'admission dans la pratique médicale, et il est rationnel de l'employer dans les circonstances que nous avons indiquées dans le cours de ce travail. F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur l'application des injections coagulantes à la cure de la varicocèle.

Par M. le docteur MAISONNEUVE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu (1).

La varicocèle, ou développement variqueux des veines du cordon spermatique, est plutôt une infirmité qu'une maladie, en ce sens qu'elle ne compromet jamais la vie d'une manière directe.

(1) Mémoire lu à l'Académie de médecine.

Néanmoins, les accidents auxquels elle peut donner lieu sont parfois si pénibles, que le moral des malades s'en affecte profondément, et qu'il peut même en résulter une hypocondrie véritable.

On comprend dès lors quels efforts ont dû faire les chirurgiens pour obtenir la cure de cette affection. Déjà du temps de Celse on employait contre elle la cautérisation, soit avec le fer rouge, soit avec les caustiques. On employait aussi la ligature, l'incision, l'excision, la castration même. Toutes ces méthodes, qui ont trouvé des partisans parmi les praticiens les plus illustres, tels qu'Amb. Paré, Paul d'Œgine, Delpech, etc., avaient pour but la destruction plus ou moins complète des veines variqueuses, dans l'opinion où l'on était alors que cette destruction était la condition essentielle de la guérison.

Vers le commencement de ce siècle, alors que la découverte de l'infection purulente eut éclairé les chirurgiens sur les dangers de l'inflammation suppurative des veines, on essaya de substituer aux anciennes méthodes celles moins effrayantes de la compression linéaire, de la ligature sous-cutanée, de l'enroulement, etc., dans lesquelles on se propose seulement d'oblitérer les veines sans les détruire. Cependant, malgré leur supériorité réelle sur les précédentes, ces opérations nouvelles ne laissaient pas encore que de présenter de graves inconvénients, et surtout ne mettaient pas absolument à l'abri de la phlébite. Voici comment A. Bérard s'exprimait à ce sujet dans l'article *Varicocèle* du *Dictionnaire de médecine* :

« Tous ces moyens, dit-il, ont été suivis d'accidents : plusieurs malades ont eu le testicule atrophié (il aurait pu dire aussi gangrené) à la suite de la compression ou de la ligature. Delpech a été assassiné par un jeune homme chez lequel la ligature de deux varicocèles avait amené ce résultat. D'autres malades sont morts de phlébite, et un grand nombre n'ont été guéris que momentanément. » Aussi les chirurgiens en arrivèrent-ils peu à peu à ne plus pratiquer d'opérations contre la varicocèle, non plus que contre toutes les varices en général.

Tel était l'état des choses, quand, en 1852, Pravaz fit connaître ses belles recherches sur les injections de perchlorure de fer dans les veines, et démontra que quelques gouttes d'une solution à 32 degrés de cette substance, injectées dans l'intérieur d'une veine, suffisent pour produire instantanément un caillot solide et oblitérer le calibre du vaisseau.

Un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels je suis heureux de me compter, s'empressèrent d'appliquer cette méthode nouvelle

au traitement des varices, et en obtinrent en effet les plus heureux résultats.

Par une simple piqûre, à peine ressentie du malade, et n'entraînant jamais après elle le moindre danger, le chirurgien pouvait désormais guérir les varices les plus volumineuses et les plus invétérées. Aussi le traitement de ces affections si longtemps délaissées ne tarda-t-il pas à devenir l'une des branches importantes de la chirurgie.

Une lacune grave cependant restait à combler pour compléter les applications de cette précieuse méthode.

La varicocèle, qui parmi les divers groupes de tumeurs variqueuses est précisément celui dont la guérison offre le plus d'intérêt, avait semblé jusqu'à ce jour inaccessible aux injections coagulantes. En effet, si, par leur position superficielle et leur fixité, les varices des membres se prêtent facilement à l'introduction du trocart de Pravaz, il n'en est plus de même de la varicocèle, dont les veines, protégées par des couches multiples, sont en même temps plongées dans un tissu cellulaire très-lâche qui leur donne une mobilité extrême.

Or, les difficultés qui résultent de ces conditions anatomiques avaient paru si graves, qu'aucun chirurgien, à ma connaissance, n'avait même tenté de les vaincre. A mesure néanmoins qu'en l'appliquant aux varices des membres je me pénétrais davantage de la supériorité de la nouvelle méthode, à mesure surtout que j'acquérais plus d'expérience dans son exécution, je me trouvais de plus en plus choqué de cette anomalie, et j'arrivai enfin à cette conviction que, pour résoudre le problème et faire rentrer le traitement de la varicocèle dans la loi commune, il fallait d'abord modifier l'instrument destiné à cette opération.

Jusqu'alors, en effet, on ne s'était servi, pour ponctionner les veines variqueuses, que du trocart ordinaire, c'est-à-dire d'un instrument composé de deux parties : d'une canule mousse et d'un mandrin pointu, destiné à faire pénétrer celle-ci dans les tissus; le chirurgien devait donc, pour introduire la canule dans l'intérieur des veines, ponctionner d'abord les tissus avec ce double instrument; puis, quand il supposait la pointe arrivée dans l'intérieur du vaisseau, ce que rien ne pouvait indiquer d'une manière certaine, il devait retirer le mandrin en laissant la canule en place, pour voir si le sang coulait, seul indice réel de la pénétration de la canule dans la veine.

Mais, si le sang ne coulait pas, il fallait réintroduire le mandrin

dans la canule et tenter une nouvelle ponction, pour recommencer la même manœuvre deux, trois et même un plus grand nombre de fois.

Dans les varices des membres, ces manœuvres hésitantes et multiples n'ont que des inconvénients de second ordre; mais quand il s'agit de veines dont la ponction est difficile et incertaine, et qui de plus sont plongées au milieu d'un tissu cellulaire lâche où les thrombus se font avec une facilité extrême, il est de la plus haute importance d'être renseigné immédiatement sur la pénétration ou la non-pénétration de l'instrument.

C'est dans ce but que je fis confectionner un trocart à tige creuse ou mieux une canule-trocart analogue à celle dont on se sert dans la méthode hypodermique, et qui me paraît désormais devoir remplacer avantageusement le trocart ordinaire dans la plupart de ses applications.

Cette canule, munie d'une pointe acérée, pénètre facilement dans les tissus, et comme son calibre n'est point obstrué par un mandrin, le sang peut jaillir aussitôt que la pointe a transpercé les parois de la veine, ce qui ne laisse aucun doute sur le fait capital de la pénétration. Dès lors, l'opération se poursuit comme dans le procédé ordinaire, c'est-à-dire que le chirurgien introduit dans la canule le petit tube dont la seringue est armée; puis, faisant mouvoir le piston au moyen du pas de vis, il injecte dans la veine la liqueur coagulante.

Une seule injection nous a toujours suffi pour oblitérer tout le paquet variqueux, ce que nous expliquons par ce fait anatomique remarquable, que les veines du cordon testiculaire, qui ont entre elles de nombreuses anastomoses, vont toutes se perdre dans un tronc commun dont l'oblitération arrête la circulation dans toutes les veines secondaires à la fois.

Cette circonstance qu'une seule injection suffit pour oblitérer toutes les veines dans la varicocèle simplifie singulièrement l'opération. Mais il importe, par contre, que cette injection unique soit assez abondante. Nous avons l'habitude de la faire de vingt à vingt-cinq gouttes, et nous n'avons jamais eu le moindre regret de cette manière de faire.

Obs. I. *Varicocèle du côté gauche. Injection de perchlorure de fer. — Guérison.* — Au mois de juillet 1864, M. L***, jeune gentleman anglais, me fut adressé par le médecin de sa famille, pour une varicocèle du côté gauche qui le fatiguait beaucoup.

Le cordon testiculaire avait, par le développement variqueux des

veines, acquis un volume énorme : le testicule atrophié pendait à plus de 20 centimètres. Le malade, âgé de vingt-sept ans, me dit que depuis l'âge de dix-huit ans il était en proie à une douleur continue, qui se prolongeait le long du cordon jusque dans le flanc gauche et les reins; que cette douleur, plutôt énervante qu'aiguë, ne lui laissait ni repos ni trêve; qu'elle semblait s'aggraver chaque jour; qu'elle le rendait incapable de se livrer à aucun plaisir non plus qu'à une occupation sérieuse, et que depuis quelques mois la pensée de rester infirme toute sa vie le jetait dans une sorte de spleen qui lui donnait parfois des idées de suicide.

Malgré le vif désir qu'il avait de guérir de son infirmité, ce jeune homme m'avoua que toutes les méthodes opératoires dont on lui avait parlé lui faisaient peur, et qu'il redoutait de s'y soumettre. Cette pusillanimité ne me surprit pas, on l'observe fréquemment chez les malades énervés par de longues souffrances. Je cherchai alors à le rassurer en lui exposant que la méthode nouvelle dont je me proposais de me servir pour obtenir sa guérison est infiniment plus simple que les méthodes anciennes de la cautérisation, de l'excision, de l'enroulement, de la compression linéaire ou de la ligature; qu'elle ne provoque presque aucune douleur, enfin qu'elle est d'une innocuité absolue. Mes paroles portèrent la conviction dans son esprit et l'opération fut résolue.

Le malade étant debout, appuyé contre son lit, un aide saisit entre le pouce et l'index la racine du cordon pour y intercepter la circulation veineuse et rendre les varices plus saillantes. Avisant alors une des nodosités les plus volumineuses, je la piquai avec la canule-trocart; un jet de sang qui sortit aussitôt par l'extrémité de cette canule m'apprit que j'étais arrivé dans l'intérieur de la veine, et je procédai immédiatement à l'injection de perchlorure de fer, en introduisant dans la canule le tube de la seringue de Pravaz et en faisant mouvoir la vis du piston; la quantité de perchlorure injectée fut de vingt gouttes. Aussitôt le sang se coagula dans une notable partie de la tumeur, qui devint compacte et ferme, sans douleur vive.

Je conseillai au malade de garder le lit. Le cordon devint le siége d'un travail inflammatoire modéré qui s'éteignit vers le cinquième jour; puis la tumeur diminua graduellement de volume jusqu'au 8 juillet, où le malade, voyant sa guérison assurée, retourna dans son pays.

Obs. II. *Varicocèle du côté gauche. Injection de perchlorure de fer. — Guérison.* — O*** (Jacques), âgé de dix-huit ans, confiseur,

vint à l'Hôtel-Dieu le 5 janvier 1865, pour y être traité d'une varicocèle du côté gauche. Ce malade raconte qu'il éprouvait depuis quelques mois une douleur sourde dans l'aine et dans les reins. D'abord il ne s'en inquiéta pas ; mais, voyant que cette douleur persistait, il alla consulter un médecin de son voisinage qui, sans l'examiner, lui dit que cette douleur était de nature rhumatismale et l'engagea à prendre quelques bains de vapeur. Loin d'améliorer son état, cette médication rendit ses douleurs plus intenses ; c'est alors qu'il prit le parti de venir à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Là, je reconnus chez ce jeune homme une varicocèle assez volumineuse du côté gauche. Cette varicocèle avait une forme presque globuleuse, ou plutôt les veines variqueuses formaient vers le milieu du cordon un peloton du volume d'un gros œuf de pigeon ; puis, au-dessus et au-dessous, elles ne constituaient plus qu'un lacis mollasse. Je fis comprendre au malade que le meilleur moyen de le guérir de ses douleurs était de le débarrasser de sa varicocèle, ce qu'il accepta avec joie.

L'opération eut lieu le 13 janvier, de la manière suivante : le malade étant debout, j'appliquai d'abord à l'anneau inguinal gauche un bandage herniaire à ressort puissant, comme s'il se fût agi de contenir une hernie, mais en réalité dans le but d'exercer sur la racine du cordon une compression régulière. Sous l'influence de cette compression, les veines devinrent plus saillantes et tendues. Je cherchai alors à piquer les veines les plus grosses avec ma canule-trocart ; mais par deux fois la pointe glissa sur la veine sans y pénétrer ; une troisième fois enfin je fus plus heureux et j'arrivai dans l'intérieur de la veine, ainsi que me l'indiqua de suite l'issue d'un jet de sang.

J'introduisis aussitôt le tube de Pravaz dans l'intérieur de la canule, et j'injectai dans la veine quinze gouttes de la solution coagulante (perchlorure de fer à 32 degrés). L'opération étant terminée, je retirai l'instrument d'abord, puis le bandage, dont la présence devenait inutile, et le malade retourna à son lit. Les suites de cette opération furent de la plus grande simplicité : la douleur fut à peine sensible, et le malade ne cessa pas un seul jour de se promener dans les salles jusqu'au 26 janvier, où, se trouvant en état de reprendre ses travaux, il demanda à sortir de l'hôpital.

Obs. III. *Varicocèle très-volumineuse. Injection de perchlorure de fer. — Guérison.* — R***, âgé de vingt-cinq ans, ouvrier tonnelier, vint à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier, pour y être traité d'une varicocèle très-volumineuse.

Depuis plusieurs années déjà, ce jeune homme souffrait des reins sans en connaître les causes ; bien que d'une forte corpulence, il se fatiguait facilement, était souvent obligé de ne faire que des demi-journées, et se trouvait ainsi en butte aux quolibets de ses camarades, ce qui, joint aux douleurs sourdes qu'il ressentait d'une manière continue, l'avait jeté dans une sorte de mélancolie. Plusieurs médecins qu'il consulta reconnurent chez lui l'existence d'une varicocèle et l'engagèrent à se faire opérer, et c'est dans cette intention qu'il vint me trouver. Lorsque je le vis, je constatai de suite l'existence d'une double varicocèle. Celle du côté droit seulement était de médiocre volume, tandis que celle du côté gauche était des plus considérables. De ce côté, le testicule était atrophié, le scrotum pendait jusqu'au milieu de la cuisse, aussitôt qu'on enlevait le suspensoir. Je devais opérer le lendemain un malade atteint de la même affection, et qui était dans les salles depuis plusieurs jours ; je résolus de faire dans le même jour les deux opérations, ce qui eut lieu en effet le 13 janvier. Le procédé opératoire fut entièrement le même, c'est-à-dire que le malade étant debout, le cordon comprimé à son émersion du canal inguinal par un bandage à ressort, je cherchai la veine la plus grosse et la plus saillante, et je la piquai avec l'aiguille trocart, ce qui fut assez facile, vu le volume des veines variqueuses. J'introduisis ensuite le tube de Pravaz, et j'injectai dans la veine vingt-cinq gouttes de perchlorure de fer.

Cette seule injection suffit pour coaguler immédiatement le sang dans le tiers environ de la tumeur; puis cette coagulation gagna peu à peu et finit par envahir la totalité de la varicocèle.

Il en résulta une tuméfaction assez exactement comparable à celle que l'on observe après l'injection de l'hydrocèle; pendant trois jours le malade dut garder le lit; mais, à partir du quatrième jour, la sensibilité de la tumeur ayant diminué notablement, le malade put se lever une partie du jour, et le 24 janvier il se trouva en état d'aller à Vincennes achever sa guérison.

En résumé :

1° Les injections coagulantes de perchlorure de fer à 32 degrés, d'après la méthode de Pravaz, constituent sans contredit la meilleure méthode opératoire pour la guérison radicale des varices;

2° Jusqu'à présent, des difficultés d'exécution avaient empêché l'application de cette précieuse méthode à la cure de la varicocèle;

3° Grâce au procédé que je viens d'exposer, ces difficultés n'existent plus, et la cure de la varicocèle, devenue désormais aussi simple que celle des varices ordinaires, pourra s'effectuer sans crainte

aucune pour la vie des malades, non plus que pour l'intégrité de leurs fonctions génitales.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules de sirops iodés.

Par M. Herbelin, pharmacien.

Sirop iodé.

Pr. Iode sublimé et pulvérisé.................... 0gr,50
Alcool.................................... 5 ,00

Faites dissoudre l'iode dans un ballon.

Ajoutez :

Sirop de sucre.............................. 500gr,00

Agitez, bouchez presque hermétiquement et soumettez à l'action d'une très-douce chaleur.

Le sirop, qui est d'abord très-brun, perd presque complétement sa coloration, prend une odeur et un goût particuliers et perd l'action irritante de l'iode libre, c'est que, dans ce cas, le métalloïde est combiné au sucre; quant à la quantité qui a pu se volatiliser, elle est bien faible, car, comme je l'ai dit, le ballon est bouché et ne laisse point échapper de vapeur d'iode, il n'y a aucune condensation dans le col, le bouchon seul est un peu coloré.

Ce sirop contient 3 centigrammes d'iodure par 30 grammes.

Sirop de lait iodé.

Cette nouvelle préparation n'est qu'une modification de la précédente.

Pr. Sucre.............................. 1 kilogramme.
Lait.............................. 1 litre.

Faites évaporer en quantité suffisante pour obtenir 1k,500 de sirop.

Ensuite mettez dans un ballon :

Iode.................................... 0gr,50
Alcool.................................... 5 ,00

Faites dissoudre et ajoutez :

Sirop de sucre.............................. 50gr,00

Faites un mélange exact et versez :

Sirop de lait.............................. 450gr,00

Bouchez le ballon et abandonnez-le à la température ordinaire, en ayant soin de l'agiter de temps en temps.

Le sirop a d'abord une forte coloration brune, tempérée par la couleur du lait; au bout de quelque temps, cette coloration a disparu en partie et le sirop se trouve dans les conditions du précédent, la combinaison de l'iode s'est faite à froid, et sans perte.

Cette préparation contient la même quantité d'iode que la précédente, elle est d'une très-bonne conservation.

(*Journal de médecine de la Loire-Inférieure.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur l'emploi du coca en thérapeutique, et notamment dans le traitement du choléra.

Au mois de janvier 1863, j'ai publié, quelques confrères s'en souviendront peut-être, les résultats de l'emploi tenté d'abord sur moi de la feuille de l'*erythroxylum peruvianum* ou *erythroxylon-coca*, plante dont l'usage permet aux Indiens qui la mâchent à la dose de 15 à 25 grammes par jour, de braver la faim, la soif, le sommeil, la fatigue, tout en se livrant aux rudes travaux des mines, ou en accomplissant, dans les plus hautes montagnes, des voyages de trois ou quatre cents kilomètres.

J'ai constaté dès lors et depuis l'influence inoffensive et puissamment stimulante de cette substance sur les centres nerveux, d'où résultent, d'une part, une augmentation sensible et soutenue des facultés intellectuelles rendant l'élocution vive et facile, inspirant la résolution, le courage et la persévérance dans les actes et dans la volonté; d'autre part, une aptitude à l'action musculaire, qui se manifeste particulièrement dans la marche par la régularité, la souplesse et la facilité de la locomotion, laquelle peut se prolonger indéfiniment sans fatigue et sans efforts, tant que l'on continue à mâcher le coca. Si donc mes observations ne me permettent pas de croire que cet agent de stimulation dispense l'homme de sa nourriture ordinaire, elles m'autorisent à le considérer comme très-propre à distraire l'économie de ses besoins habituels, à soutenir momentanément les forces vitales seul ou concurremment avec une alimentation légère. Des doses de 2, 3 ou 4 grammes de coca, renouvelées à propos, suffisent pour produire ces résultats physiologiques.

Mais en outre, il est constaté par les expériences de MM. Gosse et Mantegazza que, à dose plus élevée, la feuille péruvienne détermine une accélération des contractions du cœur quadruple de celle que produit le thé, plus que double de celle produite par le café, supérieure d'au moins un tiers à celle qu'on obtient par l'usage de l'ilex maté. Bien plus, administrée à 30 ou 40 grammes, cette substance détermine une fièvre intense, accompagnée d'hallucinations et de délire. En signalant un des premiers l'action prompte, énergique et presque toxique du coca, je ne pouvais manquer d'en recommander l'emploi dans les maladies caractérisées par une dépression considérable des systèmes nerveux et musculaire, et notamment dans le choléra.

L'épidémie que nous venons de traverser semblait devoir m'offrir l'occasion de confirmer par des faits positifs ces espérances conçues *à priori*. Malheureusement pour l'expérimentation que je projetais, heureusement pour mes clients, aucun d'eux ne s'est trouvé dans le cas de me fournir la preuve concluante de l'efficacité du traitement sur lequel je comptais sérieusement; je n'ai rencontré que des choléras bénins, pris à temps, dont j'ai toujours pu prévenir le développement ultérieur, soit au moyen de l'élixir de coca, soit par l'emploi des autres ressources de la thérapeutique. Pas un cas algide, bien prononcé, bien brutal! Toutefois mes succès chez quelques malades qui déjà se refroidissaient et qui n'avaient plus qu'un pouls petit, lent, presque insensible, me confirment dans la bonne opinion que j'avais conçue de ce nouveau médicament; plus que jamais je le crois susceptible de rétablir l'innervation abolie par l'intoxication cholérique, de ranimer la circulation, la calorification, toutes les fonctions suspendues pendant la période algide. S'il est vrai que les deux symptômes caractéristiques du choléra, la diarrhée et le vomissement, reconnaissent pour cause le ralentissement des phénomènes de combustion effectués dans le sang, comme l'affirmait M. Ed. Robin devant l'Académie des sciences le 31 juillet dernier, le traitement que je propose ne peut manquer d'être efficace à tous les degrés de la maladie. A plus forte raison le coca doit-il être considéré comme un des meilleurs préservatifs en temps d'épidémie cholérique.

Il se prête d'ailleurs merveilleusement à toutes les formes sous lesquelles on veut l'employer : en poudre, en extrait, en infusion théiforme, en élixir, en sirop; on peut le mâcher ou le fumer comme du tabac. Pour en obtenir des effets énergiques et rapides, il convient d'administrer l'élixir chargé le plus possible des principes actifs du coca,

par cuillerées, d'abord très-rapprochées, précédées et suivies de quelques fragments de glace, si l'on en redoute le rejet par le vomissement. On prescrit en même temps la mastication de la feuille, et l'administration, en lavements, de l'infusion additionnée ou non de laudanum. Dès que la réaction se prononce, on éloigne les doses de plus en plus, jusqu'au moment où l'on juge pouvoir et même devoir s'abstenir des excitants.

En résumé, l'étude que j'ai faite des qualités de l'erythroxylon-coca me permet de le ranger parmi les stimulants qui peuvent être utilisés non-seulement contre le choléra, mais aussi dans beaucoup d'autres circonstances. Dr Reis.

BIBLIOGRAPHIE.

Thérapeutique de la phthisie pulmonaire basée sur les indications, ou l'Art de prolonger la vie des phthisiques par les ressources combinées de l'hygiène et de la matière médicale, par J.-B. Fonssagrives, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, ex-professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'École de médecine de Brest, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, premier médecin en chef de la marine, officier de la Légion d'honneur, etc.

Lorsque, embrassant d'un coup d'œil général l'ensemble des publications relatives à la médecine depuis quelque vingt ans, on cherche à en saisir l'esprit et les tendances principales, on se convainc bientôt que si partout là on n'oublie jamais le but essentiel de la science, les conclusions, immédiatement applicables à l'art qui met celle-ci en pratique, sont souvent reléguées au second plan, où elles se montrent bien moins comme un corollaire logique d'un progrès réellement accompli, que comme l'écho confus d'une tradition subie plutôt que librement acceptée. La raison do cette dissonance entre la science proprement dite et l'art est très-complexe, et nous ne nous risquerons pas dans les aventures d'une explication qui nous conduirait plus loin que nous ne voulons aller; nous ferons seulement observer, à cet égard, qu'il en sera malheureusement longtemps encore ainsi, de quelques impédiments que la science moderne se soit allégée, parce qu'en somme, mettre l'ordre là où est le trouble, lorsqu'il s'agit d'un organisme vivant, est et restera toujours plus difficile que de voir où est le désordre, et même d'en saisir le mécanisme ou l'évolution purement vitale : à l'une de ces œuvres l'esprit de l'homme suffit; lorsqu'il s'agit de l'autre, au contraire, il y faut le concours de forces ou d'agents dont l'action fatale est difficilement calculable vis-à-vis d'un organisme dont les réactions luttent ou s'harmonisent très-inégalement avec cette fatalité même.

Cette remarque, nous l'appliquons à toutes les maladies dont l'évolution naturelle n'aboutit pas nécessairement à la guérison ; mais nous l'appliquons surtout aux maladies chroniques, dont le germe, enfoui presque toujours, dès le moment de la naissance, dans les profondeurs de la trame organique, doit évoluer plus ou moins lentement, suivant les hasards de la vie. Ici, non-seulement les progrès très-réels de la science proprement dite n'ont que très-peu contribué à reculer les limites de la puissance de l'art, mais plus d'une fois ils l'ont en quelque sorte paralysée, en posant le principe de la fatalité de la terminaison funeste des lésions contre lesquelles il doit lutter, s'il ne veut abdiquer lâchement. Je ne sais plus quel homme de cœur on couronna un jour à Rome, parce qu'il n'avait pas désespéré du salut de la patrie : je voudrais, moi aussi, avoir des couronnes à donner, et je les placerais avec bonheur sur le front des médecins qui, généreusement téméraires, ne désespèrent jamais en face de la maladie, et, quand celle-ci, dans l'état de la science, est évidemment incurable, s'appliquent aux recherches d'une macrobiotique non chimérique, et dont les préceptes judicieusement appliqués peuvent prolonger la vie en dépit de lésions inamovibles.

C'est un tel but qui a tenté l'ambition de M. Fonssagrives, et le livre dont nous allons parler est le développement de l'enseignement technique qui peut conduire les plus humbles d'entre nous à l'atteindre dans la pratique de tous les jours.

Comme, quand il s'agit d'un ouvrage émané d'un esprit aussi lucide que l'éminent professeur de la Faculté de Montpellier, la pratique ne saurait mieux faire que d'emprunter les propres paroles de l'auteur, pour bien marquer le but qu'il se propose, reproduisons ici les conclusions auxquelles l'a conduit une étude attentive des faits, et où se formule nettement l'esprit général de la nouvelle publication de notre très-honoré confrère : voici ces conclusions dans le texte même de l'auteur. « 1° La phthisie n'est pas guérissable, dans le sens absolu du mot, et il est malheureusement douteux qu'elle le devienne jamais : un phthisique réputé guéri est et demeurera un valétudinaire, obligé par cela même à une hygiène assidue ; 2° l'art est armé, dès à présent, d'une puissance considérable pour prévenir l'éclosion de la phthisie chez les sujets qui y sont prédisposés par l'hérédité, pour ralentir les progrès de cette affection, ou pour provoquer ou prolonger la période de répit qu'elle présente si souvent ; 3° il n'y a pas de spécifiques de la phthisie, et leur recherche est vaine et intéressée : nous ne guérissons pas la phthisie, nous la pansons ; 4° il n'y a qu'une thérapeutique qui

soit en même temps digne et utile, c'est celle des indications ; 5° elle repose sur deux éléments qui se prêtent un mutuel appui : le médicament et l'hygiène ; réduite à l'une de ces deux ressources, elle est désarmée ; 6° son avancement futur est au prix d'une réconciliation entre la tradition et le progrès : il faut renouer cette chaîne, qui a été violemment rompue au préjudice de l'art et des malades.» Reprenons quelques-unes de ces conclusions, pour les commenter sommairement dans le sens même des idées du professeur de Montpellier, et nous aurons ainsi mis en une plus vive lumière la judicieuse économie du livre et sa haute portée pratique, que par une banale énumération de divisions techniques, qui pourraient être autres sans être moins bonnes, si la pensée de l'auteur s'y développait dans ce qu'elle présente de véritable originalité.

L'incurabilité absolue de la phthisie, voilà d'abord le fait que pose très-catégoriquement le savant professeur d'hygiène de Montpellier. En formulant aussi nettement cette proposition, M. Fonssagrives n'ignore pas certains enseignements de l'anatomie pathologique, autour desquels on a fait de nos jours beaucoup de bruit ; mais, même en admettant l'interprétation qu'on a donnée de tous les faits dont il s'agit dans le sens d'un travail de tuberculisation éteint, il n'en persiste pas moins à croire et à professer le principe de l'incurabilité absolue de l'affection tuberculeuse. Assurément il n'est aucun médecin qui, dans l'état de la science, ne souscrive à cette sentence, toute douloureuse, tout humiliante qu'elle est, si l'on entend par là que l'art, par ses plus judicieux artifices, est impuissant à réaliser, dans un cas donné, la mystérieuse réparation dont l'anatomie pathologique chez les vieillards nous a maintes fois montré les incontestables vestiges ; mais n'est-ce pas, suivant un mot de Haller, enseigner plus que la nature ne nous a appris, que de poser, en présence des faits authentiques dont nous venons de parler, le principe absolu de l'incurabilité ? Nous sommes convaincu que M. Fonssagrives, avec la sagacité profonde qu'il apporte dans tous ses travaux, avec la lumière de l'espérance, tout au moins dans le cœur, quand il s'agit de l'avenir infini qui s'ouvre devant une science qu'il aime avec passion, aussi bien que devant toutes les autres sciences, nous sommes convaincu, disons-nous, que notre très-distingué confrère a hésité, en présence de ces faits, avant de poser une telle limite aux progrès futurs de la science. Pour nous, nous hésitons d'autant moins à entendre avec cette réserve le principe d'incurabilité absolue posé par notre honorable confrère, qu'il estime lui-même que la méningite tuberculeuse, granuleuse, peut être

prévenue chez les enfants au moyen d'une hygiène particulière, secondée dans son influence lentement *altérante* par un modificateur puissant de l'organisme malade, l'iodure de potassium. Bien que les recherches microscopiques tendent à établir une différence histologique entre les granulations et les tubercules, il nous paraît bien douteux que l'on puisse établir que le terrain où germe l'un soit différent de celui où germe l'autre. Mais n'insistons pas davantage sur ce point et arrivons, sans plus nous attarder, à la conception la plus originale du livre du professeur de Montpellier, et que traduisent, sous des aspects divers, plusieurs des conclusions que nous avons rappelées il y a un instant.

La diathèse tuberculeuse, cette force sourde sous l'influence de laquelle germe et se multiplie dans l'organisme l'élément essentiel de la maladie dont nous nous occupons en ce moment, évolue avec plus ou moins de rapidité, suivant l'état du milieu interne, pour nous servir d'une expression de M. Cl. Bernard, où s'accomplit cet acte morbide. Ne pouvant rien directement, aujourd'hui au moins, sur cette diathèse, le milieu où elle évolue se dérobe moins à notre prise, et c'est de ce côté, c'est par cette voie indirecte que la thérapeutique peut faire obstacle, dans un bon nombre de cas, à cette funeste évolution. La congestion pulmonaire, et surtout les inflammations diffuses qui s'allument si facilement autour de l'épine tuberculeuse, sont un double processus morbide qui s'observe très-fréquemment chez les phthisiques, et auquel il faut s'opposer par tous les moyens dont l'art dispose, si l'on veut ralentir le travail d'une tuberculisation essentiellement envahissante, si l'on veut, par conséquent, atteindre le seul but auquel on puisse ici prétendre, prolonger la vie. Quant aux moyens à la faveur desquels on peut prévenir ou combattre le premier mode morbide, ou l'hyperhémie, nous renverrons le lecteur aux pages substantielles où l'auteur développe compendieusement ces moyens, afin de fixer un peu plus son attention sur la médication que M. Fonssagrives préconise avec un accent de conviction capable d'ébranler les plus sceptiques, pour combattre l'inflammation, « étrangère d'habitude, dit le médecin de Montpellier, à la production et au dépôt de la matière tuberculeuse, mais l'intermédiaire obligé de son développement et de son aggravation. »

Bien que l'auteur ne s'interdise pas aussi systématiquement que le font beaucoup l'usage des antiphlogistiques directs, c'est surtout aux antiphlogistiques indirects, à la méthode rasorienne, hyposthénisante, qu'il veut qu'on ait recours pour atteindre le but

que nous venons d'indiquer. L'auteur cite peu d'observations pour démontrer l'efficacité de cette méthode; plusieurs remarqueront peut-être cette lacune. Pour nous, qui savons tout ce qu'il y a de sagacité et d'honnêteté dans l'esprit de notre honorable confrère, nous nous en plaindrons moins, et, sur la foi de ses affirmations, nous ne craindrons pas de poser comme un principe de thérapeutique qui devra désormais diriger les praticiens vis-à-vis de la phthisie, que, pour ramener cette maladie dans la voie de chronicité apyrétique qui peut conduire les tuberculeux à une moyenne de vie raisonnable, la méthode, largement, lumineusement développée par le professeur de Montpellier, est la plus sûre. Est-ce à dire que cette méthode puisse s'appliquer indistinctement à tous les cas? Non assurément : l'auteur dit quelque part, si nous nous souvenons bien, qu'elle s'applique à peine, avec des chances probables de succès, à un malade sur trois. Il y a donc ici, comme en toute maladie dont il s'agit de régler la thérapeutique, des indications et des contre-indications. Notre savant confrère a mis toute la sagacité et toute la prudence de son esprit à établir les unes et les autres.

M. Fonssagrives revendique ici, avec une insistance qui de sa part implique une profonde conviction dans l'utilité de cette méthode, un droit de priorité que quelques-uns lui ont contesté. Nous ferons abstraction de quelques prétentions sans portée à cet égard : mais un homme d'une plus grande autorité vient d'intervenir dans cette discussion, et, suivant lui, c'est à Laennec qu'il faudrait faire remonter l'honneur de l'installation de cette méthode dans la thérapeutique de la phthisie. «Laennec, dit M. le professeur Monneret (1), avait une confiance un peu exagérée dans les merveilleux effets du tartre stibié administré à dose élevée et progressive, surtout au début du mal, lorsqu'il n'avait pas encore amené de trop grands désastres dans le tissu pulmonaire. Nous avons toujours donné d'une manière suivie ce médicament, soit à l'hôpital Necker, où depuis trente ans cette médication a été précieusement conservée par les médecins de cet hôpital, soit dans d'autres maisons hospitalières. C'est donc avec surprise que nous avons vu récemment un médecin parler de cette médication comme si elle était peu connue. Les effets de la stibiation qu'il est impossible de rappeler ici, nous ont toujours paru ceux d'un médicament qui exerce sur l'organe et la fonction pulmonaire l'influence la plus considérable :

---

(1) *Traité élémentaire de pathologie interne*, t. II, 7e livr., p. 374.

1° il arrête les congestions secondaires du poumon ; 2° il modifie la sécrétion des bronches ; 3° il agit sur la circulation cardiaco-pulmonaire, et empêche souvent les hémorragies ; 4° il ralentit les mouvements respiratoires et circulatoires ; 5° il affaiblit le système nerveux et musculaire, mais en l'apaisant. — Tels sont ses effets, lors même qu'une fièvre ardente, la soif, l'anorexie, la diarrhée même semblent des contradictions à son emploi. » M. le professeur Monneret sait avec quelle déférence nous accueillons ses jugements ; mais il nous permettra en cette circonstance de nous étonner de son étonnement. Non, la méthode de son collègue de Montpellier, pour suspendre la marche de la phthisie pulmonaire n'est pas celle de l'illustre inventeur de l'auscultation : elle en diffère essentiellement, et par le but qu'on s'y propose d'atteindre, et dans les indications auxquelles on l'y subordonne, et dans la ténacité, si je puis ainsi dire, avec laquelle on en poursuit les applications, tant que les appellent les indications qui les commandent ; c'est dans les deux cas le même remède, mais c'est dans l'esprit des deux médecins, comme dans le fait, deux médications qui diffèrent *toto cœlo*. Nous engageons l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris à lire l'ouvrage de M. Fonssagrives, et nous sommes convaincu que lui qui ne cherche que la vérité, et ne lui demande pas, avant de l'admettre, ses certificats d'origine, reconnaîtra que la méthode que le médecin de Montpellier dit sienne lui appartient en effet, et qu'on ne peut pas plus lui contester la priorité de cette conception thérapeutique entendue dans l'ensemble des vues dont elle est la synthèse pratique, qu'on ne pourrait contester à Laennec l'invention de l'auscultation, parce que quelques-uns avant lui avaient mis l'oreille sur des poitrines malades et y avaient vaguement perçu quelques bruits anormaux. Mais en voilà assez sur ce point, la vérité n'a pas besoin de patron : dans l'état des esprits, une fois installée dans la science, elle ne peut périr : la contradiction même honnête peut retarder, mais non empêcher son avénement, son triomphe définitif. Si M. Fonssagrives lui-même venait un jour à concevoir des scrupules sur quelque jugement un peu précipité, qu'il ne s'en préoccupe pas : « la parole, a dit Montaigne, est moitié à celui qui parle, et moitié à celui qui écoute : l'un redresse tôt ou tard les erreurs de l'autre. »

Nous avons dit que l'institution de la méthode dont nous venons de parler, pour ramener la phthisie dans la voie de chronicité apyrétique qui permet aux malades de durer malgré le *lethalis arundo*, est la partie la plus originale du livre du médecin de Montpellier ; mais

nous n'en aurions donné qu'une idée bien incomplète, si l'on supposait que tout l'ouvrage est là : il est bien loin d'en être ainsi. La thérapeutique de la phthisie pulmonaire y est étudiée dans tout l'ensemble des indications auxquelles elle peut donner lieu, soit aux diverses phases de son évolution, soit aux points de vue multiples de la thérapeutique et de l'hygiène auxquels elle peut être considérée. Si l'auteur partout se montre médecin aussi sagace que praticien attentif, il est en même temps l'adversaire déclaré de tous les mensonges dont à cet endroit la science et l'art ont été si souvent déshonorés : il flagelle d'une plume impitoyable la médecine d'élixirs avec laquelle on a sans vergogne tenté, à toutes les époques, d'exploiter les malheureuses victimes d'un des plus terribles fléaux auxquels nous sommes en proie sur cette terre de boue, et de lâche égoïsme. Science et probité, honneur et pitié circulent à travers les pages de cet ouvrage que nous voudrions voir dans toutes les mains : elles reconforteront tous ceux qui le liront dans le sentiment de la dignité professionnelle. Dieu merci, bien d'autres livres que celui-ci, aujourd'hui que les ouvrages pullulent, sont marqués de ce noble caractère, et, malgré tant d'efforts, la médecine n'apparaît encore que comme une nébuleuse au milieu de la brillante constellation des sciences faites, ou en voie évidente de formation : n'importe ! quand on y rencontre des esprits aussi distingués, et d'aussi nobles cœurs que ceux auxquels nous faisons allusion en ce moment, on peut, je ne dis pas seulement sans honte, mais avec fierté, avouer qu'on est de ce monde-là.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux observations de pleurésie aigue traitée par la thoracentèse. — Nous ne sommes plus au temps où la thoracentèse était discutée. Cette opération est entrée dans la pratique et rend tous les jours des services signalés. Mais il est encore certains médecins qui hésitent et attendent jusqu'à la dernière extrémité. C'est en montrant la simplicité et l'innocuité de la thoracentèse qu'on vulgarisera cette précieuse conquête de notre époque, et c'est dans ce but que nous publions les deux faits suivants, recueillis dans le service de M. le professeur Natalis Guillot, par M. A. Delbarre, interne provisoire des hôpitaux.

Obs. I. *Pleurésie aiguë : thoracentèse ; guérison.* — Rabillard (Pierre), vingt ans, porteur d'eau. Il tousse depuis deux mois ; il y a

huit jours, il fut pris d'une douleur occupant la partie postérieure du côté droit du thorax, qui lui fit suspendre son travail. Depuis cette époque, un ou deux vomissements; pas de frisson. La toux n'a pas augmenté; crachats spumeux; pas d'hémoptysies. Il entre à l'hôpital de la Charité le 6 février 1865, salle Saint-Charles, n° 20. Le décubitus sur le dos est impossible; le malade est presque assis dans son lit. La poitrine paraît un peu augmentée de volume du côté droit : les espaces intercostaux du même côté sont effacés. Le malade est très-oppressé, la face anxieuse, mais peu colorée; il n'a pas la face de l'homme qui s'asphyxie. La peau est peu chaude; les mouvements du cœur sont accélérés; 104 pulsations. La percussion du côté gauche ne donne rien de particulier. Du côté droit, matité absolue, commençant en arrière au milieu de l'omoplate et descendant jusqu'à la base du thorax. En avant, elle est très-notable jusqu'au mamelon; à partir de ce point jusqu'au sommet, bruit de Skoda. A l'auscultation, absence complète de respiration du côté malade, dans les points correspondant à la matité. Ce n'est que dans les fortes inspirations qu'on l'entend un peu. L'auscultation de la voix ne donne d'égophonie ni en avant, ni en arrière, ni sur les parties latérales. En faisant changer le malade de position, le liquide semble se déplacer, car la matité est moins prononcée dans les points énumérés plus haut. Cet état de choses fait décider la thoracentèse, opération qui est pratiquée immédiatement dans le troisième espace intercostal, en commençant à compter par les côtes inférieures, c'est-à-dire dans le neuvième espace. La ponction donne issue à un liquide citrin, limpide, présentant en suspension quelques traces de cholestérine, contenant beaucoup d'albumine : il en sort environ 3 litres. Pendant l'écoulement du liquide, le malade est pris d'une toux sourde, sèche, fréquente, douloureuse; il éprouve un soulagement immédiat : la respiration est moins gênée immédiatement après la ponction. Le pouls est à 104 pulsations. 28 respirations par minute. La respiration s'entend jusqu'en bas. Gomme sucrée, julep morphiné.

Le 8. Il a bien dormi, la toux a été moins fréquente, la respiration plus facile; la douleur de côté a disparu. 28 respirations, 68 pulsations. Ni céphalalgie ni fièvre. La percussion donne beaucoup moins de matité qu'auparavant. La respiration s'entend très-bien, mais est un peu plus faible que de l'autre côté. Il n'y a ni souffle ni égophonie. On entend un peu de frottement dans la fosse sous-épineuse.

Le 9. La toux diminue toujours; il a bien dormi. Le côté malade paraît toujours plus volumineux que l'autre; la mensuration dénote environ 1 centimètre de différence. 64 pulsations.

Le 10. Il continue à aller bien; il tousse encore un peu. Crachats visqueux et aérés. La respiration s'entend toujours aussi bien; les vibrations thoraciques sont revenues; mais il reste de la submatité. Les voies digestives s'embarrassent : un peu de diarrhée, pas d'appétit, langue blanche, recouverte d'un enduit épais.

Le 11. Il tousse encore; peu de chaleur à la peau. Gomme sucrée, julep morphiné.

Le 14. La poitrine va bien; constipation. Une pilule de croton tiglium.

Le 15. Il va mieux.

Le 17. Un peu de frottement en arrière; résonnance de la voix au sommet droit; expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse.

Le 18. Idem.

Le 21. Il tousse encore un peu quand il a mangé. Peu d'appétit. L'épanchement ne s'est pas reproduit. Il part à Vincennes.

Ce malade présentait tous les signes d'un épanchement considérable et toussait depuis deux mois avant le début de la pleurésie. Bien que les phénomènes d'oppression ne fussent pas intenses au point de faire craindre la suffocation immédiate, on a fait la thoracentèse.

On pouvait en effet se dire, en ce cas :

1° L'épanchement est considérable ;

2° Un tel épanchement peut-il rester impunément dans la plèvre?

3° Que de temps ne faudra-t-il pas pour qu'il se résorbe par les vésicatoires !

4° Chez ce malade qui tousse déjà, qui a une constitution assez délicate, n'y a-t-il pas urgence à le débarrasser le plus tôt possible de sa lésion?

La thoracentèse fut faite et réussit très-bien, car l'épanchement ne s'est pas reproduit, et on a vu le soulagement qu'en a retiré le malade presque immédiatement. Quant au sommet droit, je crois pouvoir affirmer qu'il y a des tubercules; mais je crois aussi que ces tubercules existaient avant l'apparition de l'affection aiguë. Je ne crois pas qu'on puisse accuser la thoracentèse d'avoir avancé leur développement. Que serait-il arrivé, en effet, si le liquide avait séjourné six semaines ou deux mois dans la plèvre de cet individu déjà tuberculeux, ou du moins prédisposé? Je ne puis répondre par des observations, mais je crois que les lésions seraient devenues bien plus étendues. La thoracentèse n'a pas évidemment amélioré l'état local du sommet, mais je crois qu'elle ne l'a pas non plus rendu plus mauvais.

Obs. II. *Pleurésie aiguë : thoracentèse; guérison.* — Godies (Simon), trente-huit ans, journalier. Il y a quatre mois, il a eu un point de côté; il y a quinze jours, il s'est refroidi; il souffrait en travaillant, il toussait. Le 27 décembre, il fut forcé de quitter son travail; la toux était fréquente, les crachats visqueux abondants, le sommeil nul. Il entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, n° 17, le 4 janvier 1865.

Le décubitus du côté gauche est impossible. La face ne présente rien de particulier; thorax peu déformé. A la percussion, matité très-étendue et très-prononcée du côté droit; elle remonte en avant jusqu'à la clavicule, en arrière jusqu'à la fosse sus-épineuse. Le cœur est refoulé à gauche. Pas de vibrations thoraciques; l'aus-

cultation ne fait percevoir aucun bruit; pas plus de souffle que de murmure respiratoire; pas d'égophonie. L'intensité des phénomènes généraux est en rapport avec celle des phénomènes locaux. La respiration est très-accélérée. Le malade reste assis; il suffoque. Les inspirations sont courtes, fréquentes; la tête est couverte de sueur. Le pouls est petit, concentré, fréquent, se sentant à peine. On fait immédiatement la thoracentèse dans le troisième espace intercostal, en commençant à compter par en bas. Il sort environ 2 litres 1/2 d'un liquide jaune citrin, tenant un peu de fibrine en suspension. Au milieu de l'opération, le malade est pris d'une toux sèche, fréquente, très-douloureuse; pendant la ponction, il a un commencement de lipothymie. Immédiatement après la ponction, on entend la respiration dans une grande étendue du poumon: soulagement immédiat; deux heures après, il respire librement. La sonorité est revenue en grande partie. Crachats très-abondants pendant toute la journée. Le soir, on entendait la respiration même en bas. Le pouls était à 68; peu de chaleur à la peau. Gomme sucrée; deux pilules d'extrait thébaïque; julep morphiné; bordeaux, 200 grammes; lavement purgatif; bouillon.

Le 6. Il va bien; la sonorité est revenue en avant et en arrière, mais elle n'est pas aussi claire que de l'autre côté. Un peu de râle humide à la base; pas d'égophonie; la respiration s'entend. Pouls à 80. La douleur de côté a disparu; le malade, qui ne pouvait se coucher du côté gauche, y reste maintenant.

Le 7. La respiration est encore un peu obscure en bas; pas d'égophonie. Gomme sucrée; lavement émollient.

Le 8. Idem. Gomme sucrée, potage.

Le 9. Un peu plus de toux et d'oppression. Gomme sucrée; une portion.

Le 10. Crachats abondants, spumeux, mêlés à des crachats filants et à d'autres striés de sang. Julep morphiné; une portion.

Le 11. Deux crachats de sang pur. La douleur de côté n'a pas reparu depuis le lendemain de la thoracentèse. La respiration s'entend partout. Encore de la matité à la partie moyenne du côté droit, probablement des adhérences.

Le 12. Quinte de toux qui dure environ trois quarts d'heure et répond douloureusement dans le côté droit.

Le 13. A la suite de cela, quelques crachats sanglants. Même quinte de toux.

Le 25. Il se lève pour la première fois. 84 pulsations, 44 respirations. Il ne crache presque plus, la toux est rare; faiblesse très-marquée, peu d'amaigrissement.

Le 20. Il se lève actuellement trois ou quatre heures par jour. La toux est très-rare, se montrant seulement quand le malade a mangé; elle n'est plus douloureuse. Encore de la submatité à droite. Un peu de frottement. L'état général devient meilleur. 44 respirations, 80 pulsations.

Le 22. Il vomit deux ou trois heures après avoir mangé, à la suite d'un accès de toux. Après être descendu hier au jardin, la

toux est redevenue douloureuse, mais pas de douleur de côté. L'épanchement n'a pas reparu. Julep morphiné; une portion.

Le 30. Il va bien; il est encore faible, mais pas d'amaigrissement.

Le 31. Il part pour Vincennes.

L'épanchement chez ce malade était peut-être encore plus considérable que chez le précédent, et la thoracentèse était indiquée comme le seul moyen de l'arracher à la suffocation qui le menaçait. Il a quitté l'hôpital vingt-six jours après la ponction, sans que l'épanchement se soit reproduit, bien qu'il se soit refroidi. Je ferai remarquer ici, comme chez le précédent, le soulagement immédiat qu'a donné la ponction, la quantité énorme de liquide contenu dans la plèvre.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Ovariotomie pratiquée pour un kyste reconnu, pendant l'opération, sans connexion avec l'ovaire; guérison. Mary C***, âgée de quarante-huit ans, adressée à M. Baker Brown par le docteur J. Bullar, de Southampton, entra le 19 décembre dernier à *London surgical home*. Cette femme a eu onze enfants, dont le dernier est âgé de cinq ans. Tous ses accouchements ont été heureux, à l'exception du neuvième, où le travail fut extrêmement long, et qui dut être terminé par le forceps après inhalation de chloroforme. C'est trois ans avant son admission, à la suite d'irrégularités et de retards dans la fonction menstruelle, qu'elle commença à éprouver des douleurs dans le ventre, et c'est depuis six mois seulement qu'elle s'est aperçue que cette partie était plus volumineuse; l'accroissement de volume a été très-rapide, et il est devenu tel, que la malade est forcée d'invoquer le secours de la chirurgie. L'examen fait reconnaître un développement considérable de l'abdomen qui a une forme sphérique, et mesure au niveau de l'ombilic quarante-sept pouces de circonférence. Il existe une tumeur mobile, facile à déplacer, et en même temps un épanchement ascitique considérable.

Opération le 28 décembre. M. B. Brown, après avoir pris l'avis de ses collègues, pratique l'incision ordinaire qui, donnant issue au liquide de l'ascite, laisse à découvert une tumeur de forme irrégulièrement ovale, et ayant toute l'apparence d'un kyste ovarique enflammé à sa surface. La ponction en fait sortir environ douze pintes d'un liquide épais et de couleur foncée. Cette tumeur était adhérente à l'épiploon, principalement du côté droit, par trois larges brides distinctes les unes des autres, lesquelles furent divisées, suivant la méthode habituelle de M. B. Brown, au moyen du cautère actuel et du clamp. Il fallut lier un vaisseau sanguin volumineux de l'épiploon, qui donnait beaucoup de sang. Les deux ovaires, ainsi que l'utérus, étaient sains et libres de toute adhérence avec la tumeur. Au 15 janvier il n'y avait pas eu d'accidents et la malade était considérée comme guérie. — Sans entrer dans les détails de l'examen anatomique de ce kyste, qui fut fait par le docteur Barratt, nous nous bornerons à dire qu'il fut regardé comme étant d'origine ovarique, c'est-à-dire comme formé d'un ovule détaché de l'ovaire, tombé dans la cavité péritonéale et s'étant développé grâce aux adhérences contractées avec l'épiploon. (*Med. Press and Circular*, janvier 1866.)

Administration du sulfate de quinine en solution pulvérisée contre la fièvre intermittente. Nos lecteurs n'ont pas oublié les persévérants travaux de M. Sales-Girons sur la thérapeutique respiratoire, l'observation suivante recueillie par le docteur Ancelon (de Dieuze) ouvre à cette méthode la voie pratique.

Le 18 novembre, Guste, ouvrier de saline, âgé de cinquante-cinq ans, entre à l'hôpital de Dieuze pour une fièvre intermittente quarte, compliquée d'inflammation gastro-intestinale.

Guste habite une maison basse, placée sur le versant nord d'une colline, inclinée vers un large ruisseau fangeux.

Il avait d'abord été atteint, en avril, d'une fièvre tierce, qu'un émèto-cathartique eût pu juguler ; mais on lui administra le sulfate de quinine à haute dose (2 grammes en quarante-huit heures) à l'intérieur, ce qui n'empêcha pas la pyrexie de récidiver chaque quinze jours, et Guste de reprendre son travail durant les quinzaines d'intermittence.

Mais bientôt il maigrit, perdit ses forces et fut contraint d'entrer à l'hôpital, ne pouvant plus rien digérer.

Quand il entra à l'hôpital, le 18 novembre, il avait les voies digestives d'une susceptibilité telle, qu'il ne pouvait plus rien conserver dans son estomac, le sulfate de quinine moins que toute autre chose.

Cet homme, robuste et plein d'énergie autrefois, s'étonnait de sa faiblesse et de son laisser-aller. L'émaciation était très-prononcée ; la langue pointue, très-rouge au sommet, blanche et saburrale dans le reste de son étendue ; l'épigastre gonflé, d'une sensibilité telle, que le malade prétendait n'y pouvoir supporter le drap de son lit ; l'appétit nul, la soif modérée, la constipation opiniâtre. La région de la rate, percutée avec soin, indique un développement considérable de l'organe (0m,065 en hauteur, 0m,115 en longueur). Rien du côté du cœur, ni du poumon, ni du foie. Quelque dureté de l'ouïe, depuis les premières doses de sulfate de quinine.

Le dernier accès avait été violent ; il avait duré plus de vingt-quatre heures ; la chaleur avait été excessive ; il y avait même eu un peu de délire. On pouvait donc considérer le danger comme imminent à la reprise de l'accès, sans pouvoir compter sur le fébrifuge par excellence, puisque le malade ne pouvait plus le supporter.

Donc, le 19 novembre, lendemain de l'accès, on administra une pulvérisation de quinze minutes (sulfate de quinine, 1 gramme ; décoction de quinquina, 1 litre) ; même dose le lendemain 20. Le malade la respirait aisément sur son lit.

Le lendemain, à sept heures du matin, l'accès avait été remplacé par un simple frisson, sans autre suite.

Les pulvérisations furent continuées jusqu'au 24 inclusivement, et l'accès ne se montra plus.

Quant à l'irritation gastro-intestinale, elle disparut sous l'influence de quatre applications de ventouses, de cataplasmes émollients et d'eau froide pour boisson. La rate ne parut pas le moins du monde avoir cédé au nouveau mode d'administration de sulfate de quinine (pas plus qu'à l'ancien mode). Les ventouses seules et des frictions avec une pommade où entraient de fortes doses de sel marin en ont eu raison.

Le malade est sorti complètement guéri le 28 novembre. (*Revue médicale.*)

Des effets de la vératrine et de son efficacité dans le traitement de l'irido-choroïdite rhumatismale. M. le docteur D. Martin, aide-major de première classe, rapporte sa propre observation. Il fut atteint d'une irido-choroïdite des plus intenses avec douleurs et élancements des plus douloureux ; en même temps, il eut quelques douleurs aux extrémités. Le traitement antiphlogistique le plus énergique employé d'abord ne put arrêter la marche des accidents, qui cédèrent à l'emploi de la vératrine et du sulfate de quinine. Ayant étudié attentivement sur lui-même les effets du médicament, M. Martin a formulé les conclusions suivantes :

1° La vératrine est un agent d'une grande énergie dont l'emploi doit être surveillé attentivement ;

2° A la dose de 2 centigrammes, la vératrine prise en une seule fois a déterminé, une demi-heure après son administration, une sensation de chaleur avec picotements qui, de l'estomac, se sont vite propagés dans les autres parties du tube intestinal ;

3° Absorbée, la vératrine a influencé la circulation et notablement troublé l'innervation ; les battements du cœur ont été ralentis ; le pouls est devenu moins fréquent et concentré. Il y a eu sensation de chaleur, fourmillements et picotements à la face, surtout *loco dolenti* et aux extrémités ;

4° A la dose de 2 centigrammes, prise en une seule fois, la vératrine a produit des fourmillements tels, dans les membres, qu'ils provoquaient des mouvements involontaires ; la sensibilité de la peau n'a nullement été influencée ;

5° On peut progressivement augmenter la dose de la vératrine ; j'en ai pris 5 centigrammes dans la journée, 1 centigramme toutes les quatre heures ;

6° Administrée de cette façon, la vératrine détermine quelques nausées,

et les effets qu'elle produit sur la circulation et l'innervation sont moins violents;

7° Son action purgative, à la dose de 1 centigramme, n'a pas été démontrée dans le cas spécial;

8° La vératrine a été préconisée pour combattre les affections rhumatismales; son efficacité a été incontestable dans l'irido-choroïdite dont j'ai été atteint;

9° Les effets produits par la vératrine ne peuvent-ils pas faire sopposer que ce médicament pourrait être avantageusement employé dans le traitement des hémiplégies ou les paralysies en général? (*Montp. médical*, janvier 1866.)

Anévrisme de l'arcade palmaire superficielle, traité par la cautérisation; guérison. Un homme de la campagne, âgé de quarante-trois ans, d'une forte constitution, se blessa, le 10 juillet 1865, à la paume de la main gauche, avec la pointe d'un couteau. Du sang surgit en grande abondance de la plaie. Il recouvrit cette plaie d'un emplâtre de poix, et il continua de se livrer comme à son habitude, aux travaux pénibles des champs.

Onze jours après cet accident, la paume de la main était tuméfiée; elle était le siége de douleurs lancinantes. L'emplâtre de poix fut enlevé. Au dessous de la portion de la peau qu'il occupait, existait un abcès qui, au bout de quelques jours, s'ouvrit spontanément. La plaie qui lui succéda fut pansée avec des onguents irritants, dont j'ignore la composition.

Le neuvième jour de l'ouverture de l'abcès, une hémorrhagie considérable eut lieu; elle se renouvela le lendemain et le surlendemain avec la même intensité. Le sang, au rapport du blessé, était rouge; il s'échappait en jets saccadés; son écoulement n'était suspendu que par une compression énergiquement et longuement exercée sur la plaie, ou à la suite de syncopes.

Le quatrième jour de la manifestation de ces abondantes hémorrhagies, le docteur Mazade fut appelé pour la première fois. Le malade était pâle et profondément débilité; la paume de la main était tuméfiée, douloureuse. Vers son tiers supérieur et externe existait une plaie de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Les bords étaient gonflés, irréguliers, décollés : la surface était inégale, recouverte d'un pus fétide. Après avoir détergé cette plaie, on apercevait dans sa partie la plus déclive une petite tumeur ovoïde, du volume d'un pois, d'une couleur plus foncée que celle du restant de la plaie. Elle était agitée d'un mouvement pulsatif, isochrone à celui du pouls. On constatait facilement ce mouvement par l'application du doigt; on le distinguait à l'aide d'une loupe; il se suspendait lorsqu'on comprimait les artères radiale et cubitale, et surtout lorsque la compression était exercée sur l'artère humérale. Alors, la tumeur, privée de tout mouvement, se plissait et diminuait beaucoup de volume.

De tels signes annonçaient l'existence d'une tumeur anévrismale. Il était urgent d'en prévenir le développement, et surtout de s'opposer à de nouvelles hémorrhagies, qui, par leur abondance, pouvaient comprumettre les jours du malade.

Dans un cas analogue, et récemment observé par M. le professeur Nélaton, la cautérisation à l'aide du chlorure de zinc avait été suivie d'un plein succès. Le docteur Mazade eut recours au même mode de traitement. Un fragment de pâte de chlorure de zinc fut appliqué sur la petite tumeur, et maintenu en place à l'aide du coton. En même temps, et pendant près de trois quarts d'heure, l'artère humérale fut comprimée, afin de donner à l'action du caustique le temps de se réaliser. Puis, une compression modérée fut exercée sur la main et au-dessus du poignet, sur les artères radiale et cubitale.

Le troisième jour de l'application du chlorure de zinc, la plaie fut mise à découvert. A la place de la petite tumeur qui en occupait le fond, on n'apercevait qu'une petite plaque noirâtre, sans aucun relief et sans aucun mouvement pulsatif. La plaie fut simplement pansée avec de la charpie; une compression légère sur les artères de l'avant-bras fut encore maintenue pendant quelques jours.

La cicatrisation de la plaie était obtenue au bout de dix jours. Aucun accident hémorrhagique n'était survenu. (*France médicale*.)

De la dextrine comme stomachique. Les expériences du professeur Schiff sur la dextrine, démontrant que cette substance est un puissant digestif, capable de favoriser la formation de la pepsine, ont engagé M. Becker, médecin à Mühlhausen, en Thuringe, à l'administrer à divers malades,

Voici, d'après lui, les indications de la dextrine: 1° le manque d'appétit par atonie et faiblesse de l'estomac; 2° le manque de bile, l'acholie, les selles étant blanchâtres et l'urine claire, tandis que les signes d'un ictère font défaut; 3° une digestion douluureuse provenant du manque du suc gastrique.

Pour corriger le mauvais goût du nouveau médicament, M. Becker recommande le café, le bouillon, la bière, mais surtout le vin. Il l'a souvent prescrit en poudre, par exemple:

Dextrine........	15 grammes.
Bicarb. de soude.	4 grammes.
Sucre.........	4 grammes.

(*Bez. Memorabilien* et *Revue de thérapeutique méd. chir.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Ténia réfractaire aux semences de citrouille, et expulsé par la poudre de fougère mâle. Malgré les travaux récents qui ont été faits sur les ténifuges, il reste encore une question très-indécise, c'est celle des indications. Tel médicament échoue, là où un autre réussit, si bien, qu'on est quelquefois forcé d'essayer successivement deux à trois agents de la matière médicale, avant d'obtenir l'effet demandé, et cela sans que nous en sachions la cause. Mais il faut que les médecins soient prévenus de ce fait, et qu'ils sachent varier leurs prescriptions. Telle a été la pratique de M. le docteur D'Heilly dans le cas suivant:

Un de ses clients éprouvait de temps à autre un léger chatouillement dans la gorge, des troubles digestifs presque insignifiants, et parfois des défaillances. Ayant examiné ses garde-robes, il y trouva des fragments de ténia. Immédiatement il prescrivit les semences de citrouille. Pendant trois jours consécutifs, le malade prit à jeun 80 grammes de semences de citrouille pilées avec du sucre, et délayées ensuite dans une tasse de lait.

Le troisième jour, deux heures après l'ingestion du médicament, 20 grammes d'huile de ricin: quelques anneaux seulement sont rendus.

Huit jours après, même quantité de semences de courge administrée de la même manière et sous la même forme sans plus de résultat.

Après un intervalle de quinze jours, on revint de nouveau au médicament, qui fut préparé cette fois de la manière suivante:

Semences mondées de citrouille....	120 grammes.
Sucre............	40 —
Eau............	200 —

Pilez les semences dans un mortier de marbre avec le quart du sucre; versez environ 15 grammes d'eau, et faites une pâte homogène que vous étendrez ensuite avec le reste de l'eau.

Cette potion est prise pendant trois jours de suite, à jeun, en quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle, mais toujours sans succès.

Le malade ayant pris le médicament en dégoût, il fallut songer à un autre ténifuge. La poudre de fougère mâle, 60 grammes donnés le matin en une fois, amena la sortie d'un grand nombre d'anneaux, mais la tête restait toujours. Après huit jours de repos, même quantité de fougère mâle; mais à prendre en quatre fois à un quart d'heure d'intervalle. Six heures après la dernière dose, le malade se débarrassait complétement de son ver solitaire.

Nous ne ferons que rappeler ici que nous n'avons jusqu'ici jamais échoué avec la potion suivante:

Huile éthérée de fougère mâle.......	8 grammes.
Gomme arabique...	8 —
Sirop d'éther......	30 —
Eau de menthe.....	100 —

A prendre en deux fois le matin à jeun, à une demi-heure d'intervalle.

Deux heures après, 30 grammes d'huile de ricin. (*Bulletin des travaux de la Société médicale d'Amiens.*)

De la compression des carotides dans les convulsions des enfants. Nous avons à plusieurs reprises rapporté des faits qui montrent qu'en présence d'une attaque grave d'éclampsie chez les enfants, le médecin peut, au moyen de la compression des carotides, faire cesser assez promptement l'accès qui peut, par lui-même, mettre en danger la vie des petits malades. M. le docteur Févez a obtenu de la sorte trois succès. Une des observations entre autres est digne d'être rapportée à cause

de l'effet instantané produit par la compression. Un enfant, âgé de deux ans et demi, en jouant avec d'autres enfants, fut pris tout à coup de convulsions dans le côté gauche seulement; des soins convenables lui avaient été donnés inutilement pendant trois heures : application d'eau froide sur la tête, de sinapismes aux pieds, de sangsues aux malléoles, puis aux apophyses mastoïdes, lavements laxatifs, potions antispasmodiques.

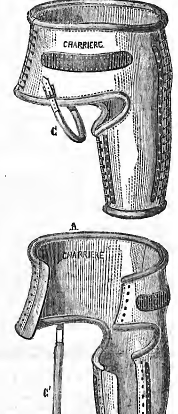
Les symptômes, au lieu de s'amender, s'aggravaient; l'état convulsif, d'abord borné au côté gauche, s'était étendu au côté droit; la face était rouge, injectée, les lèvres sanguinolentes. M. Févez, appelé, songea de suite à la compression des carotides. Ayant saisi très-promptement la carotide droite, à l'instant tout le côté gauche resta immobile, tandis que le côté droit était encore dans l'état convulsif. L'artère gauche fut comprimée à son tour, et à l'instant les convulsions cessèrent. L'enfant s'endormit, et se réveilla très-bien portant.

Ce remède, en apparence bien simple et bien facile, échoue souvent, parce que la compression est incomplète, ce qui arrive souvent par suite des mouvements de l'enfant. Il faut tâcher de fixer la tête et le cou autant que possible, puis enfoncer le pouce entre le larynx et le sterno-mastoïdien, dans une direction perpendiculaire à l'axe de l'artère, et l'empêcher de rouler sur la surface arrondie que présente la colonne cervicale en avant. Si les mouvements du malade ne peuvent être empêchés, il faut que la main qui comprime, tout en conservant sa position par rapport à l'artère, suive les mouvements du malade. On reconnaîtra que la compression est efficace à un battement artériel assez fort que l'on percevra au-dessous du doigt du côté du cœur. (*Bulletin des travaux de la Société médical d'Amiens.*)

Nouvel appareil pour la coxalgie. M. Bouvier présente à l'Académie, au nom de M. Charrière et au sien, un nouvel appareil pour la coxalgie, construit sur le modèle de l'appareil inamovible de M. Verneuil.

Cet appareil se compose (voir les figures) de deux valves en cuir moulé, renforcées par des bandes d'acier et réunies, à droite et à gauche, par des laçures, de manière à entourer l'abdomen et la cuisse du côté malade et à immobiliser la hanche.

Il permet, comme les bandages inamovibles, les mouvements généraux du



corps. Il a sur eux l'avantage de pouvoir être enlevé et réappliqué en un instant, de pouvoir être desserré et resserré en tout ou en partie, à la volonté du chirurgien.

M. Bouvier a déjà employé cet appareil plusieurs fois, et ses effets ont été des plus satisfaisants.

VARIÉTÉS.

L'opinion publique se préoccupe beaucoup en ce moment de la maladie appelée *trichinose* ou *des trichines*, dont sont affectés les animaux de la race porcine et qui n'est pas sans danger pour les hommes, à raison de l'emploi de la viande de porc dans l'alimentation.

Bien que jusqu'ici cette maladie n'ait pas été observée en France, et que ce soit presque exclusivement en Allemagne qu'elle ait sévi avec quelque intensité, le gouvernement y a donné depuis longtemps une très-sérieuse attention.

Dès les premiers mois de l'année 1865, Son Exc. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics avait saisi l'Académie impériale de médecine de l'examen de la question, et ce corps savant avait chargé un de ses membres, M. le docteur Delpech, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, de lui rendre compte de divers documents qui lui avaient été renvoyés, et de lui faire telles propositions que de droit.

L'Académie de médecine n'avait pas encore été mise à même de délibérer sur la question, lorsque, dans le courant de janvier dernier, Son Exc. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics s'est décidé à envoyer en Allemagne même étudier la maladie des trichines, tout à la fois au point de vue de la médecine humaine et au point de vue de la médecine vétérinaire.

Sous le premier rapport, cette importante mission ne pouvait être plus utilement confiée qu'à M. le docteur Delpech, que l'Académie de médecine avait elle-même chargé de recueillir et d'analyser tous les faits relatifs à la trichinose ; sous le second rapport, le ministre a fait choix de M. Raynal, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort. Les deux savants désignés vont se rendre immédiatement en Allemagne ; ils s'arrêteront d'ailleurs à Iluy, en Belgique, où la maladie paraît avoir fait son apparition, pour prendre une connaissance exacte des circonstances qui se rattachent au fait signalé.

On voit, d'après ce qui précède, que l'attention de l'autorité est éveillée sur la maladie des trichines ; toutes les mesures seront prises, le cas échéant, soit pour en prévenir l'introduction dans notre pays, soit pour en arrêter le développement, si elle venait à s'y manifester. (*Moniteur.*)

Ont été promus :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* M. Martin, médecin principal de 2e classe à l'hôtel des Invalides, en remplacement de M. Ganderax, décédé.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* M. Philippe, médecin-major de 1re classe à l'hôtel des Invalides, en remplacement de M. Martin, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Rey, Widal, Ropert, Leroux et Potor.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Nublat, de Sébé, Beaunis, Hurst, Krauss, Sarazin, Couquet, Tisou, Morache, Hennequin et Rigal.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Robillard.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Coulier.

Au grade de pharmacien major de 1re classe : MM. Bocher et Besnier.

Au grade de pharmacien major de 2e classe : MM. Deleusse, Truquet et Museulus.

M. Bert (Paul), docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, préparateur du cours de médecine au Collége impérial de France, est chargé du cours de zoologie et de physiologie à la Faculté des sciences de Bordeaux, en remplacement de M. Bazin, décédé.

Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le docteur Ferdinand Martin, chirurgien orthopédiste des maisons d'éducation de la Légion d'Honneur, lauréat de l'Institut, chevalier de la Légion d'honneur.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de l'affection calculeuse du foie [1].

Par M. le docteur A. Luton, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de médecine de Reims.

Cette question importante comprend deux choses bien distinctes, le traitement des calculs considérés en eux-mêmes et le traitement des accidents qu'entraîne leur présence.

A. *Traitement des calculs biliaires.*— De l'aveu de tous les praticiens, on ne doit entreprendre le traitement radical de l'affection calculeuse du foie que dans les intervalles que laissent entre elles les attaques de colique hépatique, que lorsque les phénomènes d'irritation ont été calmés et qu'en un mot, la maladie est devenue pour ainsi dire silencieuse; autrement on ne ferait qu'exaspérer des accidents qui réclament chacun un traitement particulier. Les divers moyens qui sont conseillés contre les calculs eux-mêmes forment trois groupes séparés : les uns ont la prétention d'aller dissoudre directement le calcul, comme s'il était dans le vaisseau du chimiste; avec l'emploi des autres, on cherche à faire évacuer le calcul par les voies naturelles; et enfin, à l'aide de certaines méthodes, et particulièrement du régime, on essaye de combattre la disposition à produire des calculs et de prévenir les récidives. Etudions donc successivement l'action des dissolvants, celle des évacuants, et enfin celle du régime.

1° *Dissolvants ou lithontriptiques.* — L'idée d'attaquer les calculs biliaires au moyen des dissolvants portés plus ou moins directement jusqu'à leur contact, est antérieure à la connaissance de leur véritable composition; elle est, par conséquent, d'origine tout empirique. Après avoir observé les effets de certains réactifs sur des calculs mis directement en expérience, on administra à l'intérieur ces substances convenablement préparées : c'est ainsi que prirent naissance la médication alcaline, et l'usage des liquides éthérés ou des huiles essentielles dans le traitement des concrétions biliaires. On peut dire que la même méthode fait encore, de nos jours, le fond de la thérapeutique de cette affection.

Pour expliquer le mode d'action de ces moyens, les uns, et Du-

(1) Extrait du tome V du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* qui va paraître prochainement chez J.-B. Baillière.

rande est de ce nombre, pensent que le dissolvant est porté en nature par l'intestin et le canal cholédoque jusqu'au contact de la concrétion; les autres, ressuscitant avec Magendie la doctrine galénique des fonctions de la veine porte, admettent que la substance lithontriptique, absorbée par les radicules de cette veine, est immédiatement éliminée par la secrétion hépatique et vient encore, par conséquent, attaquer directement le calcul.

Enfin, on peut supposer que l'emploi de certains moyens imprime à la masse totale des humeurs et aux produits de sécrétion une réaction très-favorable à la destruction des calculs qui obstruent les conduits des glandes : cette circonstance rentre en partie dans la précédente. Il est presque inutile de dire que la première explication est antiphysiologique et que le reflux des matières intestinales dans les voies biliaires est impossible; quant aux deux autres, elles peuvent tour à tour être invoquées suivant la nature du remède employé. Sur ces données, entrons dans le détail des médications particulières.

Médication alcaline. — Cette médication paraît avoir été inaugurée par Fr. Hoffmann. Les alcalins empêchent non-seulement la précipitation de la cholestérine et des matières colorantes de la bile, et, par suite, peuvent arrêter le développement ultérieur des calculs; mais ils exercent encore une action dissolvante sur certains éléments des calculs définitivement formés. On a dit que les alcalins, en complétant la combustion respiratoire, s'opposent à la production de la cholestérine, comme à celle de l'acide urique; ce qui est conforme à la signification de la première de ces substances qui semble être le terme extrême des métamorphoses que les corps gras peuvent éprouver dans l'économie à l'abri du contact de l'air. En réalité la médication alcaline est celle dont l'efficacité contre les calculs biliaires est le mieux démontrée, et elle a toujours été plus ou moins en honneur.

On l'a employée sous les formes les plus variées : *alcalis fixes, lessive des savonniers, carbonate de potasse, sel de soude, carbonate d'ammoniaque, savon médicinal*, etc. On a aussi recommandé (Durande, Sœmmering, Bouchardat) les sels alcalins à acides végétaux, *citrates, tartrates, acétates, malates*, etc., qui comme on le sait, se transforment rapidement par l'acte respiratoire en carbonates de la même base et qui sont très-bien supportés. Mais le moyen le plus usité consiste dans l'administration du *bicarbonate de soude* donné pur, en solution, ou tel que nous le présentent certaines eaux minérales naturelles, comme celles de Vichy, de Vals,

de Carlsbad, d'Ems, etc. Ces eaux seront prises en boisson et en bain ; elles devront être employées avec une certaine persévérance et à différentes reprises pendant plusieurs années de suite; les doses en seront réglées suivant la susceptibilité des organes digestifs et suivant d'autres circonstances particulières. Il faut cependant savoir qu'ici c'est la substance alcaline elle-même qui est le véritable agent thérapeutique, et que l'abondance du véhicule aqueux est loin de jouer le même rôle que dans l'affection calculeuse des voies urinaires, car le foie n'est pas comme le rein un organe d'élimination pour l'eau.

Sous l'influence du traitement alcalin, des guérisons certaines et durables des concrétions biliaires ont été obtenues. Quelquefois les calculs sont dissociés, ou dissous réellement, et disparaissent sans qu'on en retrouve les traces; mais, le plus souvent, ils sont rendus intacts au milieu d'évacuations bilieuses abondantes. Cette crise est souvent précédée par une attaque de colique hépatique que provoquent les eaux alcalines elles-mêmes. A ce titre, il faut savoir que la présente médication n'est pas toujours inoffensive, et qu'elle met parfois en mouvement, d'une façon fâcheuse, des calculs qui n'exerçaient auparavant aucune influence mauvaise sur les voies biliaires. Cette réserve faite, nous nous rattachons entièrement à l'idée de la prééminence du traitement par les alcalins dans l'affection calculeuse du foie.

Remède de Durande. — Ce remède se compose de trois parties d'éther sulfurique et de deux parties d'essence de térébenthine : ce qui peut donner lieu à la formule suivante :

Ether sulfurique...........................	15 grammes.
Huile essentielle de térébenthine............	10 grammes.

Mêlez. De 2 à 4 grammes par jour dans du bouillon.

Durande, qui était un praticien habile, donne pour le bon emploi de son remède des préceptes qui nous paraissent supérieurs à ce remède lui-même. Il commence par proscrire l'usage préalable des purgatifs, comme pouvant provoquer l'engagement prématuré des calculs dans les conduits biliaires encore irrités. Après un long usage d'humectants, de délayants, d'apéritifs doux, il prescrit sa mixture à la dose d'un gros, tous les matins, en faisant prendre par-dessus du petit-lait, du bouillon de veau ou de l'eau pure édulcorée avec du sirop de violettes. En général, les malades doivent prendre une livre du remède pour que le traitement puisse être considéré comme complet. Pendant toute la durée de la médication, on

surveille avec soin ce qui se passe, et on combat toute tendance à l'irritation par la saignée, le lait d'ânesse, le petit-lait, la limonade et un régime doux. Ce n'est que lorsque le cours de la bile est libre et que l'hypocondre cesse d'être douloureux, qu'il est temps d'employer un purgatif léger.

Cette médication a été jugée d'une façon très-contradictoire. Des faits qui lui sont favorables ont été rapportés en assez grand nombre, soit par Durande lui-même, soit par d'autres observateurs. Guyton de Morveau, Fourcroy, Haller, Sœmmering, etc., lui ont donné l'appui de leur haute approbation. La plupart des praticiens la mettent encore en usage de nos jours; nous avons vu Briquet l'employer avec confiance et attribuer à l'action dissolvante directe du remède un certain degré de corrosion, qu'un calcul biliaire présentait du côté par lequel il regardait l'intestin.

Mais il faut reconnaître que la mixture de Durande est difficilement supportée par le plus grand nombre des malades, et qu'elle provoque parfois des vomissements, de la diarrhée et une excitation que l'inventeur cherchait par-dessous tout à éviter. Aussi a-t-on tenté de modifier de plusieurs manières la formule primitive de Durande. Haller l'associait à l'opium ; Sœmmering supprimait souvent l'essence de térébenthine et la remplaçait par le jaune d'œuf; Durande lui-même, d'après le conseil de Guyton de Morveau, avait quelquefois employé ce mélange. Duparcque, dans ces derniers temps, a substitué l'huile de ricin à l'essence de térébenthine, et a donné la formule suivante :

Huile de ricin............................	60 grammes.
Ether....................................	4 grammes.

Mêlez. A prendre en vingt-quatre heures, par cuillerée à bouche.

En sens inverse, nous voyons Martin-Solon augmenter la proportion d'essence de térébenthine par rapport à l'éther. Comme dérivés de la même médication, nous citerons encore l'emploi du savon de Starkey et d'une autre formule de savon térébenthiné que donne J. Frank, et qu'il regarde comme un remède précieux : c'est donc ici une association des alcalins et des huiles essentielles. On pourrait, sans porter une pareille atteinte à l'idée de Durande, et pour dissimiler aux malades la saveur désagréable du remède, prescrire à la fois un certain nombre de capsules d'essence de térébenthine et de perles d'éther; mais c'est moins la saveur première de ces substances que les renvois consécutifs auxquels elles donnent lieu qui déplaisent par-dessus tout.

En résumé, le remède de Durande a donné des succès; mais loin que ces succès soient dus à son action dissolvante, il se trouve que, dans les cas où il a réussi, les pierres ont été plutôt rejetées par les selles qu'elles n'ont été réellement dissoutes. De telle sorte que le médicament ne semble agir qu'en provoquant des évacuations, et qu'à ce titre il se rattache de préférence au groupe des moyens expulsifs. Quant aux modifications qu'on a apportées à cette mixture et qui la dénaturent plus ou moins, elles ne paraissent avoir aucune utilité directe; la forme préconisée par Duparcque n'a même aucun avantage sur l'huile de ricin employée pure, c'est-à-dire sur les purgatifs doux en général.

Chloroforme. — Parmi les éthers, il en est un qu'on a songé récemment à appliquer au traitement des calculs biliaires, c'est le *chloroforme*. Il résulte des expériences directes d'A. Corlieu, de Bouchut et de Gobley, que le chloroforme est le meilleur dissolvant de la cholestérine; il se place, sous ce rapport, avant l'éther et bien au-dessus de l'essence de térébenthine et surtout des solutions alcalines qui ne paraissent avoir aucun effet sur les calculs biliaires que l'on soumet à leur action immédiate. Nous savons d'autre part que le chloroforme est le dissolvant naturel de la cholépyrrine. Cependant cette puissance dissolvante ne paraît pas mieux s'exercer dans l'économie que celle du remède de Durande. D'après les faits observés par Corlieu et par Bouchut, et qui sont en très-petit nombre, le chloroforme, employé à l'intérieur sous forme de sirop ou à la dose de quelques gouttes dans de l'eau sucrée, n'a guère modifié que l'élément douleur. Nous retrouverons ce moyen à l'occasion du traitement de la colique hépatique.

2° *Moyens destinés à favoriser l'évacuation des calculs.* — Nous venons de voir qu'en somme les prétendus dissolvants des calculs biliaires agissent plutôt à titre d'évacuants, soit en exagérant la sécrétion biliaire, ce qui détache et entraîne les concrétions, soit en sollicitant les contractions péristaltiques de la vésicule du fiel; et que les agents les plus efficaces dans l'affection calculeuse du foie, les alcalins, étaient justement sans effet chimique sur la cholestérine, surtout dans l'état de dilution où il faut les administrer.

Dans le même ordre d'idées, on emploie des moyens dont l'action est moins dissimulée, et qui ont pour but d'expulser les calculs par les voies naturelles et d'une façon toute mécanique. En tête de cette catégorie d'agents, nous devons placer les *purgatifs*. Durande et la plupart des praticiens de son temps en excluaient l'emploi au début du traitement et tant que tout n'avait pas été bien préparé pour

l'expulsion du calcul. Bricheteau a plus récemment rejeté l'usage des purgatifs tant que les calculs sont dans la vésicule, c'est-à-dire tant qu'ils sont à peu près sans inconvénients. Les effets fâcheux de la médication évacuante se révèlent par l'explosion de la colique hépatique, lorsqu'on les administre d'une manière intempestive. Après tout, cet accident n'est pas seulement sous la dépendance de la médication purgative, et nous avons vu que l'administration des alcalins peut aussi le provoquer. Il est assez difficile de concevoir l'élimination de certains calculs volumineux sans qu'il en soit ainsi; la colique hépatique est une nécessité, dans certains cas, comme les douleurs dues à la contraction utérine pour l'accouchement. On peut juger tout à la fois de l'utilité et de l'insuffisance des purgatifs contre l'affection calculeuse de la vésicule, en consultant une observation rapportée par Bonnet, et dans laquelle on voit un homme de soixante ans qui faisait abus de l'élixir antiglaireux, et chez lequel on trouva, à l'autopsie, deux ou trois calculs biliaires dans le jejunum, et la vésicule toute remplie des mêmes concrétions. Ainsi donc, si on n'exclut pas entièrement les purgatifs du traitement des calculs biliaires, il faudra faire la part nécessaire de leur mode d'action. On aura surtout recours aux purgatifs doux, et particulièrement à l'huile de ricin dont les observations de Duparcque ont démontré les bons effets, ou au sulfate de soude. Le calomel, non plus que la plupart des cholagogues, n'a aucune supériorité marquée.

Les vomitifs agissent dans le même sens, mais avec plus de violence encore, et offrent, par conséquent, plus de dangers; on ne les prescrit guère que lorsque l'accès de colique hépatique est déjà déclaré et qu'on veut hâter sa terminaison, c'est-à-dire l'expulsion du calcul.

C'est encore par le même ordre d'action qu'on a vu des *secousses imprimées au corps*, les cahots d'une voiture mal suspendue dans un chemin raboteux, une longue course à cheval (Musgrave), un voyage sur mer par les nausées et les vomissements qu'il peut produire, amener l'évacuation d'un calcul biliaire, après avoir quelquefois, ainsi que nous l'avons vu, provoqué d'abord une colique hépatique.

Pour obéir aux mêmes indications, Pujol recommandait des *frictions* aromatiques et des mouvements de *percussion* sur l'hypocondre droit; Barth a employé des *douches* sur la même région et le *massage*, Hall et Abeille ont appliqué l'*électricité*. Abeille a même publié une observation de calcul biliaire extrêmement volumineux,

qui aurait été expulsé après quatre mois d'accidents et à la suite de deux électrisations.

3° *Régime.* — L'emploi d'un régime approprié a autant pour but de prévenir la formation de nouveaux calculs que d'éliminer ceux qui existent déjà. Les notions acquises sur la nature des moyens de cet ordre qu'il convient de mettre en usage sont toutes fondées sur l'ancienne remarque de Glisson au sujet des effets de la stabulation sur les bœufs, et de ce qui se passe dès qu'on remet ceux-ci aux pâturages. Aussi Glisson lui-même, puis après lui Sylvius, Boerhaave et Van Swieten, ont-ils prescrit contre les calculs biliaires des décoctions de gazon frais, de chiendent, de pissenlit, et ont-ils cru voir dans les matières rendues des calculs ou des fragments de calculs. C'est d'après cela qu'on recommande encore des boissons composées surtout avec des végétaux frais tirés de la famille des chicoracées, des borraginées, des *hépatiques*, etc. Il faut savoir que ces herbes renferment toujours une certaine proportion de sels alcalins à acides organiques, qui se comportent dans l'économie à la façon des carbonates de la même base; les cures de raisin, de fruits acides et de petit-lait sont également fort utiles. Dans l'emploi de ces différents remèdes, il faut tenir compte des effets laxatifs et des selles bilieuses abondantes qu'ils provoquent.

On exclura, en général, du régime des calculeux les corps gras qui, à tort ou à raison, passent pour servir d'origine à la cholestérine. La lait, malgré le beurre qu'il contient, est cependant un aliment très-convenable dans l'affection calculeuse du foie. Le régime, de toute façon, sera doux et modéré, dit Durande; il sera composé de viande de volaille, bouillie ou rôtie, d'herbages, de farineux, de fruits bien mûrs, de boissons délayantes, de limonades au citron, à l'orange, à la crème de tartre, de lait d'ânesse, etc. L'exercice, si salutaire dans tous les cas, aura moins pour but de compléter, comme on l'a dit, la combustion de la graisse, que de favoriser l'écoulement de la bile dans l'intestin et d'empêcher sa stagnation dans la vésicule. De même, on prescrira de temps à autre quelque purgatif doux, tel que la rhubarbe ou l'huile de ricin.

B. *Traitement des accidents causés par les calculs biliaires.* — Parmi ces accidents, il n'en est que deux, la colique hépatique et la tumeur biliaire, qui fixeront notre attention; car, pour les autres, le traitement nous est déjà connu.

1° *Traitement de la colique hépatique.* — La nature de cette complication et l'intensité des douleurs qui la caractérisent exigent un traitement prompt et actif. On emploie souvent les *émissions*

sanguines, soit sous forme de saignée générale, soit surtout en applications locales à l'aide des sangsues ou des ventouses scarifiées. On a principalement égard ici à l'irritation inflammatoire causée par l'engagement du calcul et à la contraction tonique qui en est le résultat. Durande rappelle qu'Hippocrate et Galien avaient observé que l'hémorrhagie de la narine droite jugeait avantageusement l'ictère avec inflammation du foie, et que Heberden a vu un ictère de sept semaines guéri par une hémorrhagie qui fut portée à un tel degré qu'on craignit pour la vie du malade. Il est possible, après tout, que l'état syncopal qui suit toute hémorrhagie abondante favorise le dégagement du calcul, comme dans le cas de la hernie étranglée. Ce même effet était recherché par Saunders, qui prescrivait les *émétiques* à dose nauséeuse.

Nous avons déjà apprécié le mode d'action des *purgatifs* et des *vomitifs* dans le traitement des calculs biliaires, nous n'y reviendrons pas ici ; seulement, nous rappellerons que l'emploi de ces moyens, au moment de l'accès de colique hépatique, peut être aussi dangereux que leur utilité est contestable.

Par-dessus tout, c'est aux *calmants* de la sensibilité qu'on devra avoir recours. L'*opium* et ses diverses préparations seront ordonnés avec avantage; on ne craindra pas de les employer à hautes doses, comme 10, 15 ou 20 centigrammes d'extrait gommeux, ou 5 à 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Mais les narcotiques pris à l'intérieur sont souvent rejetés en raison des vomissements qui existent déjà ; alors il sera préférable de pratiquer des injections sous-cutanées de morphine, ou de faire absorber cette substance par la méthode endermique.

La *belladone* a été surtout vantée par Bretonneau et par Lolatte. On la prescrit à la fois à l'intérieur et à l'extérieur, en potion et sous forme de pommade. On a de même pratiqué des injections hypodermiques avec la solution de sulfate d'atropine. Les lavements de *tabac*, conseillés par Craigie, appartiennent à la même catégorie de moyens. Hufeland préférait l'eau de *laurier-cerise*, et Bricheteau la teinture de *castoreum.*

Le *chloroforme*, employé en inhalations jusqu'à l'anesthésie, est un moyen précieux au moment des paroxysmes les plus violents. Son action, poussée assez loin, ne se contente pas de calmer la douleur, elle peut encore faire cesser la contraction spasmodique des voies biliaires et faciliter l'expulsion du calcul.

On fait en même temps des *applications émollientes,* comme des cataplasmes chauds, sur l'hypocondre droit. Il est encore plus utile

d'employer des vessies remplies de *glace*, ainsi que Bricheteau l'a recommandé.

Portal prescrivait des *bains prolongés* dont on entretenait la température à un degré convenable et en laissant les malades s'y endormir. Ce moyen, à la suite d'une application locale de sangsues, pourrait être fort utile, surtout en provoquant la syncope.

Pour combattre les vomissements excessifs qui tourmentent les malades et qui ne sont pas sans danger, on prescrit des *boissons gazeuses* froides, l'eau de Seltz, la limonade, et par-dessus tout la *glace* prise à l'intérieur (Bricheteau).

A la suite de l'accès, les malades restent épuisés et anéantis. Il ne faut pas se hâter d'employer les stimulants ; le repos et un long sommeil, que la cessation de la douleur favorise, sont les remèdes les plus efficaces. Le *régime* sera celui que nous avons indiqué à l'occasion de l'emploi du remède de Durande.

2° *Traitement de la tumeur et de la fistule biliaires.* — La connaissance de ce qui se passe lorsque les calculs biliaires sont éliminés au travers de la paroi abdominale, a inspiré à J.-L. Petit l'idée d'une opération analogue à celle de la taille pour les calculs de la vessie. Mais ici les conditions anatomiques toutes différentes qui existent, et la nécessité qu'il y a de traverser la cavité du péritoine pour arriver à la vésicule, réduisent l'application de cette espèce de lithotomie aux cas où les adhérences entre les deux feuillets du péritoine sont bien évidentes, et surtout, comme le veut Boyer, lorsque la tumeur prend les apparences d'un abcès et qu'elle menace de se rompre à l'extérieur. Dans ces conditions, l'opération est de la dernière simplicité. Mais on a aussi tenté de provoquer ces adhérences quand elles n'existaient pas, et alors on se comporte comme lorsqu'il s'agit d'ouvrir un abcès ou un kyste hydatique du foie. Leclerc (de Senlis) rapporte l'observation d'une femme de soixante-douze ans qui avait une tumeur fluctuante dans l'hypocondre droit ; cette tumeur, ouverte à l'aide de la potasse caustique, laissa écouler d'abord de la sérosité, puis des calculs biliaires en assez grand nombre. Il resta une fistule, qui même tendait à la cicatrisation : la malade reprit de l'embonpoint et sa santé. Toutefois, malgré quelques succès et malgré l'autorité de Chelius, on ne saurait recommander l'ouverture de la vésicule que lorsque l'indication d'agir est très-formelle, et qu'il y a déjà tendance à l'élimination spontanée des calculs.

Lorsqu'une fistule biliaire s'établit d'elle-même, il y a souvent lieu d'élargir son orifice et son trajet, afin de faciliter la sortie des

calculs dont on aura reconnu l'existence à l'aide du stylet. On fait habituellement usage, pour ce cas, de l'éponge préparée.

Il y a deux ans, Demarquay a communiqué à la Société de chirurgie le fait d'un homme de trente-cinq ans qui portait à la partie inférieure de l'hypocondre droit une plaie fistuleuse ayant succédé à l'ouverture d'un abcès de la vésicule du fiel. Cette plaie, qui datait de plusieurs mois, donnait issue de temps en temps à des calculs biliaires. Un examen attentif fit découvrir que le trajet fistuleux et la vésicule étaient remplis par des concrétions de même nature. Il fut facile, à l'aide d'une longue pince, d'enlever toutes celles qui occupaient le voisinage de l'orifice fistuleux et qui offraient un petit volume; mais il y en avait d'autres plus grosses qui ne purent être amenées au dehors qu'après avoir été fragmentées avec un petit brise-pierre. Le malade a parfaitement guéri. Ainsi, il résulte de ce fait que la *lithotritie* a été et peut être appliquée, comme la lithotomie, au traitement des calculs biliaires.

La fistule persistant, il ne faut pas toujours chercher à l'oblitérer, car on doit supposer que de nouveaux calculs pourront se présenter à l'orifice, et que les voies biliaires ne sont pas libres. Dans le cas où un calcul obstruerait le canal cholédoque et où la bile ne s'écoulerait pas dans l'intestin, l'occlusion de la fistule offrirait des dangers, tandis que par elle-même elle n'a que très-peu d'inconvénients. Il est d'observation que ces sortes de fistules tendent à se fermer définitivement lorsque tous les calculs ont été évacués.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la trépanation du rachis à la suite des fractures de la colonne vertébrale,

Par M. le docteur P. Tillaux, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Les fractures de la colonne vertébrale empruntent une gravité excessive au voisinage de la moelle épinière, dont l'intégrité se trouve en même temps souvent compromise. La profondeur des os brisés, l'incertitude du diagnostic, la difficulté de pénétrer jusqu'au siége de la fracture, la gravité d'une pareille opération, expliquent suffisamment pourquoi les malades ont, pendant une longue suite de siècles, été abandonnés aux seuls efforts de la nature. Henry Cline, en pratiquant la première trépanation du rachis au com-

mencement de ce siècle, s'attira la réprobation presque unanime des chirurgiens anglais, et il ne fallut pas moins que la grande autorité d'A. Cooper pour faire oublier la prétendue témérité de l'opérateur. Depuis 1814, un certain nombre d'opérations semblables ont été pratiquées, surtout chez nos voisins.

Dans un travail publié récemment dans les *Archives générales de médecine*, M. Georges Felizet en a réuni vingt-six cas, dont un seul appartenant à un chirurgien français, M. Laugier. Il faut en ajouter deux autres : le premier, publié dans le journal *the Lancet* du mois de mars 1865, par M. Robert M'Donnell, appartenant à M. Samuel Gordon, et le second qui m'est personnel.

Je me propose d'examiner dans cet article s'il faut renoncer à toute opération sanglante pour opérer le redressement des fragments dans une fracture de la colonne vertébrale accompagnée de paraplégie. J'essayerai aussi de poser quelques indications et contre-indications à l'opération ; car c'est là, selon moi, le point capital de la question. Je limiterai mes réflexions aux fractures siégeant dans la région lombaire.

Voici l'observation rédigée d'après les notes que m'a remises mon interne M. Pénières :

Obs. I.— Bourse (Jean), âgé de vingt et un ans, carrier, entra, le 25 octobre 1865, dans mon service à l'hospice de Bicêtre. Il venait de recevoir sur le dos un bloc de pierre qui le renversa en fléchissant fortement le tronc en avant.

Décubitus dorsal; immobilité absolue. Le haut de la poitrine porte une large ecchymose étendue aux épaules. Les membres sont couverts de contusions légères, les conjonctives fortement ecchymosées. Les téguments de la tête ne portent aucune trace de traumatisme. Il y a eu une épistaxis. De plus, la face est fortement cyanosée, le pouls petit, la respiration courte et anxieuse. Le malade a toute sa connaissance, répond bien et rapporte le malaise qu'il éprouve à la région dorsale et à la région mammaire gauche. Il a craché à plusieurs reprises du sang coagulé.

L'examen de la colonne vertébrale, qui, du reste, ne présente pas d'ecchymose, montre une dépression de l'apophyse épineuse correspondant à la première lombaire environ ; dépression profonde, douloureuse au toucher. Au-dessus et au-dessous, la série des apophyses épineuses ne présente pas de déformation.

Paralysie complète de la sensibilité et du mouvement des membres inférieurs. Anesthésie absolue. Il n'y a pas trace de mouvements réflexes.

Le scrotum, la verge, le canal uréthral sont insensibles. — La verge est dans une demi-érection. — Rétention d'urine et des matières fécales. — Le malade accuse dans la cuisse des douleurs profondes s'irradiant de la région lombaire.

La palpation de la poitrine, une pression même assez forte des côtes ne provoque pas de douleur et ne donne aucun signe de fracture; toutefois le malade éprouve une douleur continue au mamelon gauche. Pas d'emphysème sous-cutané.

A la percussion, exagération de la sonorité normale du côté gauche de la poitrine, surtout en bas, où le son est tympanique. Vibrations thoraciques nulles. Impulsion cardiaque non sentie. La percussion ne peut être faite en arrière, à cause de l'état asphyxique du malade.

L'auscultation révèle, à gauche, une respiration faible au sommet, nulle en bas et sur le côté; à droite, respiration normale. Les bruits du cœur, sourds, profonds et indistincts, sont dominés par un bruit anormal qui, peu marqué au moment de l'entrée du malade, a eu son maximum d'intensité et de netteté quelques heures après. C'est celui que M. Morel-Lavallée a décrit sous le nom de *bruit de moulin*. Il rappelle assez exactement des roues à aube ou le bruit des rames. Il est nettement perçu par le malade, qui le compare à *un bruit de pot qui bout*. Son maximum d'intensité est au niveau de la pointe du cœur; on l'entend néanmoins sur tout le côté gauche, et même, quoique très-affaibli, sur le côté droit du thorax. Il est tellement caractérisé que l'oreille peut le percevoir à 30 centimètres des parois thoraciques. — Je n'entends pas de tintement métallique. M. Liouville m'a dit l'avoir entendu plus tard.

Le pouls est fréquent, petit, irrégulier. Ce qui domine à l'entrée, c'est l'état asphyxique très-avancé du malade. — Je lui fais pratiquer une saignée de 300 grammes. L'interne en pratique une semblable à sa visite du soir.

26 octobre. L'état asphyxique a légèrement diminué. Le pouls a repris un peu de force. Le bruit de moulin, très-intense, offre les mêmes caractères. Même sonorité tympanique de la poitrine. Constipation et rétention d'urine. Paraplégie complète. — Saignée de deux palettes. Lavement purgatif.

27 octobre. Le malade a craché du sang noir. La cyanose, l'anxiété et l'étouffement ont considérablement diminué. La respiration s'entend au sommet du poumon gauche, où le son est presque normal. Il est toujours tympanique à la base et sur le côté. L'aus-

cultation révèle le même bruit de moulin, sans traces de tintement métallique.

La paraplégie est toujours au même point. Rétention d'urine et des fèces. Le ventre est ballonné. L'électrisation détermine de fortes contractions dans tous les muscles des membres abdominaux. — Huile de ricin. Lavement purgatif.

28 octobre. Douleurs abdominales et lombaires très-intenses; insomnie. Constipation et tympanite. Rétention d'urine; semi-érection de la verge.

Les bruits du cœur, qui, jusque-là, avaient été profonds, sourds et éloignés de l'oreille, sont mieux perçus, quoique la percussion donne encore au niveau de la région cardiaque une sonorité sub-tympanique. En même temps le bruit de moulin a perdu beaucoup de son intensité. Ces différences sont perçues par le malade lui-même, qui en est moins incommodé. L'oreille ne l'entend plus à distance comme au début; elle a besoin de s'appliquer aux parois du thorax. La percussion donne un son moins clair en avant; la respiration gagne de l'étendue en haut. Matité très-prononcée en arrière et en bas du côté gauche. Pouls et facies bons. Encore quelques crachements de sang. Escarre au sacrum. La constipation est toujours opiniâtre. — Huile de ricin, 30 grammes, avec huile de croton, 1 goutte. Bouillon.

29 octobre. Le bruit de moulin a perdu ses caractères. Le pouls est bon. La respiration se fait presque normalement, un peu voilée cependant à la base et en avant.

Les signes physiques des fractures des côtes ont été recherchés plusieurs fois en vain. Seulement le malade continue à ressentir au niveau du mamelon gauche une douleur vive que la pression n'exaspère pas. Il se plaint d'un craquement qu'il entend dans les mouvements étendus du bras, et qu'il rapporte à l'épaule gauche, bien que cette articulation soit normale. Le malade est toujours tourmenté par la constipation. — Lavement purgatif.

30 octobre. Le malade n'a pas eu de selle depuis son entrée. Le ventre est météorisé et gêne les mouvements respiratoires. Coliques fortes. Douleur dorsale avec retentissement dans la hanche gauche. Respiration à peu près normale, un peu voilée à la base. Bruits du cœur très-nets. Pouls à 90. Insomnie. — Huile de croton, 2 gouttes.

31 octobre. *L'électrisation des muscles des membres inférieurs ne donne plus lieu à aucun mouvement.* Les coliques et le météorisme ont diminué d'intensité. Le ventre est plat. Un nouvel exa-

men du siége de la fracture montre un enfoncement de l'apophyse épineuse de la première lombaire avec intégrité des apophyses supérieures et inférieures.

1er novembre. Douleur lombaire très-vive, avec persistance de la constipation et rétention des urines. Les membres paralysés sont chauds, rouges et couverts de sueur depuis trois jours. Insomnie. — Belladone, 0g,05.

2 novembre. L'insensibilité de la peau a remonté jusqu'à l'ombilic. Léger mouvement fébrile. Céphalalgie. L'urine rendue par la sonde est trouble et remplie de flocons blanchâtres déchiquetés.

3 novembre. Je me décide à pratiquer l'opération suivante : Le malade étant couché sur le ventre, j'incise la peau dans une étendue de 10 centimètres, au niveau de la dépression vertébrale, en suivant la crête des apophyses épineuses situées au-dessus et au-dessous. Je décolle les muscles des gouttières vertébrales, au fond desquelles existe du sang coagulé.

L'épine au niveau de laquelle s'observait l'enfoncement pathologique est fortement déviée à droite à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane. Elle est brisée comminutivement en arrière, et tient, en avant, aux lames. Du milieu de cette incision, et perpendiculairement, j'en pratique une autre à droite qui entame en travers les masses musculaires, afin de donner plus de facilité pour le reste de l'opération. Puis, m'aidant successivement du davier et des pinces de Liston, j'enlève l'apophyse épineuse avec ses lames et, de plus, une portion des masses apophysaires latérales. Il est alors aisé de sentir au fond de la plaie que la dure-mère est à nu, qu'elle n'est étranglée ni au-dessus, ni au-dessous. L'opération a duré trente-cinq minutes. Aucune ligature n'a été nécessaire. Les lèvres de la plaie sont réunies par quatre points de suture à fil simple. On panse à plat, et on dépose le malade sur un lit troué au niveau du siége de l'opération.

Aussitôt après l'opération, le malade est pris de céphalalgie et d'un violent frisson qui dure environ une heure.

Le soir, à cinq heures, mouvement fébrile intense, facies animé, chaleur et sueur des membres. L'anesthésie cutanée a remonté jusqu'au mamelon. Respiration précipitée et anxieuse, *abdominale*. Soif. Le malade a toute sa connaissance et se plaint uniquement de sa position incommode.

A neuf heures, la gêne de la respiration est encore plus grande. Respiration costale, presque nulle remplacée par la respiration diaphragmatique pénible et anxieuse. Pouls petit, à 120. Sueurs de

la face. Le malade entend, mais ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. Délire calme, peu prononcé. La paralysie est remontée jusqu'au-dessus des clavicules. — Mouvements continuels des bras.

A dix heures, convulsions de la moitié supérieure du corps. Mort à onze heures.

Autopsie. *Ouverture de la poitrine.* Rien à droite; à gauche, aucune adhérence. La plèvre renferme environ un demi-litre d'un sang noir non coagulé. Le poumon est rouge sombre à sa surface; il crépite bien sous les doigts et présente son volume normal. Le lobe inférieur, surtout à sa partie déclive, est rouge violacé. La coupe montre, à une profondeur de 2 centimètres, une coloration ecchymotique très-prononcée. Sur le bord postérieur, je trouve deux déchirures superficielles : l'une, en fer de lance d'une longueur de 1 centimètre, simule très-bien un V renversé; l'autre, rectiligne et longue de 3 millimètres, est situé à 1 pouce au-dessus de la première. (Aucune trace de travail inflammatoire au niveau des deux déchirures pulmonaires, dont les parois sont simplement accolées sans trace de travail adhésif.) En disséquant et en renversant toutes les parties molles qui recouvrent la face externe des côtes, on trouve des ecchymoses multiples qui, commençant au mamelon, s'étendent en arrière sous le grand dorsal et le grand dentelé jusqu'à la colonne vertébrale.

Aucune trace de fracture. A la face interne des côtes, la plèvre pariétale est colorée uniformément en rouge; en bas, elle est rouge sombre, presque noire. Caillots noirs peu volumineux accolés à la face interne de la huitième et de la neuvième côte et sur le diaphragme. La gouttière vertébrale débarrassée de son sang, on constate une fracture des huitième et neuvième côtes au niveau de leur col, sans déplacement et sans esquilles. L'un de ces fragments a la forme de l'empreinte pulmonaire en V. Par un mouvement de l'extrémité antérieure de la côte en dehors, on fait basculer l'extrémité fracturée en dedans, du côté de la cavité pleurale. Pas d'emphysème sous-pleural ni pariétal. Le péricarde est intact, sans liquide.

Cavité *abdominale :* les intestins enlevés, on constate une infiltration de sang de la région rénale des deux côtés, s'étendant en bas, au devant de la colonne vertébrale, jusqu'au détroit supérieur du bassin. Le psoas est infiltré de sang. Le foie et la rate sont sains.

Epanchement de sang noir au niveau de la première et deuxième vertèbre lombaire. Il n'y a pas de saillie des corps vertébraux en en avant. Le grand surtout ligamenteux enlevé a permis de sentir

le foyer de la fracture qui siége sur la première lombaire. Celle-ci est divisée près de son plan supérieur par un trait transversal. Le corps a subi un écrasement en avant, d'où la présence d'une gouttière transversale qui correspond à l'inclinaison et à l'engrènement des fragments. Le fragment supérieur est représenté par une couche osseuse de quelques millimètres appliquée sur le ligament intervertébral.

Le canal vertébral est ouvert par une coupe verticale des corps vertébraux. Léger épanchement de sang avec caillots au niveau du siége de la fracture, s'étendant, en haut, jusqu'aux limites inférieures de la région cervicale; en bas, jusqu'à l'extrémité du canal vertébral. Cet épanchement est si minime qu'il ne peut comprimer la moelle. Les enveloppes sont intactes. La dure-mère ouverte, on constate une couleur vineuse de sa face interne, surtout au niveau de la fracture, dans une étendue de 10 centimètres. Liquide roussâtre analogue à celui qu'on trouve dans la plèvre enflammée. Continuité de la moelle non interrompue; pas d'irrégularités à sa surface.

En écartant les nerfs de la queue de cheval, on trouve la moelle recouverte de pus grumeleux. Une coupe transversale montre que la moelle est réduite dans toute son épaisseur en une pulpe rouge noirâtre très-diffluente; un filet d'eau suffit pour l'enlever. Audessus, la moelle, qui ne présente plus de pus à sa surface, est réduite, dans toute son épaisseur et jusqu'au bulbe, en une bouillie blanchâtre très-molle qui s'enlève tout entière par un faible grattage. Les couches périphériques du bulbe, surtout à sa face antérieure, sont ramollies. L'axe est sain.

L'examen microscopique des fibres musculaires prises sur les jumeaux a permis de reconnaître un commencement d'état granuleux.

C'est donc un insuccès de plus à ajouter à ceux qu'a consignés dans son travail M. G. Felizet. Mon malade a succombé le soir de l'opération; mais il est facile de voir par l'observation, que la mort a été le résultat d'une myélite ascendante qui existait déjà, et dont la marche a pu être seulement activée par l'extraction des fragments vertébraux; nul doute que la mort n'eût pas tardé à survenir, puisque l'autopsie a montré un épanchement de sérosité dans la cavité arachnoïdienne et une couche de pus à la surface de la pie-mère. Il ne serait donc pas juste de rendre l'opération responsable du résultat.

Posons d'abord cette première question : En présence d'un cas

semblable au mien, lorsqu'un homme jeune, vigoureux, présente une fracture de la colonne vertébrale évidente, palpable, avec paraplégie, le chirurgien doit-il rester simple spectateur, ou bien agir d'une façon active?

La plupart des chirurgiens français adoptent le premier parti ; M. le professeur Laugier a adopté le second. Malgaigne rejette toute opération sanglante, et se contente d'essayer la réduction par une position et des mouvements convenables. Je concevrais que la nature seule fût chargée de la guérison, si les résultats de la temporisation étaient favorables; mais il en est bien rarement ainsi. Combien il est exceptionnel de voir la paralysie immédiate, consécutive à une fracture de la colonne vertébrale, non pas disparaître, mais même diminuer assez, avec le temps, pour que les malades participent à la vie commune, pour qu'un ouvrier, par exemple, puisse gagner sa vie! Au contraire, des désordres graves surviennent dans la vessie, la miction est impossible; les malades sont assiégés de douleurs continuelles au périnée, dans les cuisses; le sommeil est perdu; les membres inférieurs s'atrophient, se déforment; des escarres apparaissent au sacrum, au trochanter, etc.; le malade succombe nécessairement, après un court espace de temps, au milieu des plus vives douleurs. Tous les chirurgiens savent que c'est là la marche habituelle, presque fatale, des accidents, surtout lorsque la paraplégie est complète.

Si la vitalité des membres inférieurs n'est pas éteinte tout à fait, s'il subsiste encore quelques mouvements, une vague sensibilité, la mort se fait plus longtemps attendre; mais les malades traînent une existence si misérable qu'en vérité, le plus souvent, mieux vaudrait la mort pour eux. Je n'en veux donner pour preuve que l'observation sommaire de deux jeunes gens qui sont actuellement dans mon service à Bicêtre, où ils ont été dirigés des hôpitaux du centre, comme incurables. Les détails ont été fournis par mon interne, M. Laurent.

Obs. II. *Fracture de la colonne vertébrale.* — Raussange (François), âgé de vingt-cinq ans, entre salle Saint-Victor, n° 10, le 25 novembre 1865.

Le 30 août 1864, il tomba à la renverse sur une barre de fer et se fractura trois vertèbres, les onzième, douzième dorsales, et première lombaire. Il entra à l'hôpital Cochin, où on le mit dans une gouttière de Bonnet pendant trois mois et demi.

La paraplégie fut immédiate et incomplète. Il se produisit une rétention d'urine qui dura quinze jours.

Sorti de sa gouttière, le malade eut dans la région sacrée une escarre qui a laissé une cicatrice.

M. Follin le soumit à plusieurs traitements (bains sulfureux, bains d'eau de chaux).

L'électrisation fut employée par M. de Saint-Germain, sans succès.

Etat actuel : Du côté du rachis, nous trouvons une gibbosité dont le sommet occupe les apophyses épineuses des vertèbres déjà indiquées, sans déviation latérale.

L'état général du malade est excellent. Les fonctions digestives s'accomplissent bien ; il y a une légère tendance à la constipation. La miction n'est pas troublée. Il y aurait une dépression de l'appareil génital : le malade, qui, avant l'accident, voyait des pollutions fréquentes, n'en a plus eu depuis.

Les membres inférieurs présentent des troubles du côté de la sensibilité et de la motilité.

La peau est peu sensible au toucher; le malade ne se rend pas bien compte de la température des corps.

Dans les pieds, surtout à gauche, il éprouve souvent des chatouillements. Il n'y a point de douleurs profondes.

Le squelette n'a pas subi de déformations. Les articulations du membre inférieur sont à demi ankylosées. Le pied est étendu sur la jambe, ce qui empêche le malade de poser le pied à plat sur le sol.

Les muscles sont diminués de volume.

La contractilité, sous l'influence de l'excitation électrique, est beaucoup diminuée dans les muscles de la jambe, surtout dans la région antérieure.

Les muscles de la cuisse se contractent vivement.

L'influence de la volonté est notablement diminuée dans la contraction des deux membres inférieurs.

Si l'on essaye de faire lever le malade, dès qu'il n'est plus soutenu, il s'affaisse par suite d'une faiblesse musculaire générale.

Il se produit quelquefois un œdème des membres inférieurs, surtout au cou-de-pied et un peu au-dessus des malléoles. Cet œdème disparaît spontanément.

En résumé, voilà un jeune homme vigoureux, d'une admirable constitution, âgé de vingt-cinq ans, qui est condamné à passer le reste de ses jours dans un hospice d'incurables; et il doit se féliciter du résultat, car il n'éprouve aucune douleur, et nous allons voir qu'il n'en est pas ainsi dans l'observation suivante.

Obs. III. *Fracture de la colonne vertébrale.* — Joly (Martin), âgé de trente-trois ans, entre, le 22 avril 1865, à la salle Saint-Victor, n° 22.

Le 20 décembre 1863, il tomba d'un échafaudage et eut une fracture de la colonne vertébrale. La paraplégie fut immédiate et complète.

Transporté à l'hôpital Saint-Louis, le malade eut au début de la rétention d'urine et de la constipation. Au bout de trois semaines, la rétention d'urine fut suivie d'une incontinence qui dura assez longtemps. Peu à peu, les urines devinrent brûlantes; il se produisit des pesanteurs dans le périnée, des douleurs à l'extrémité de la verge.

Peu de temps après l'accident, se formèrent des escarres dans la région lombaire, dans la région sacrée, sur la fesse.

Etat actuel : Le malade est affaibli par le séjour prolongé au lit et les souffrances continuelles qu'il endure.

Il ne peut uriner habituellement sans sonde, et est très-sujet à des cystites qui s'accompagnent de stagnation de l'urine dans la vessie. Il en résulte des concrétions uriques qui contribuent à augmenter l'irritation de la muqueuse vésicale. L'inflammation s'est propagée au testicule, et, en ce moment, le malade a une orchite du côté gauche. Des douleurs très-vives se font sentir dans tout le périnée, s'irradient vers la région lombaire. Elles surviennent le plus souvent par crises qui durent deux ou trois jours, sans laisser, dans cet intervalle, de repos au malade.

Le rachis présente une gibbosité dont le sommet occupe les apophyses épineuses des neuvième, dixième, onzième, douzième vertèbres dorsales, et première lombaire. Il n'y a pas de déviation latérale.

Dans les membres inférieurs, la sensibilité est considérablement diminuée; elle est abolie sur le dos du pied droit, très-faible à gauche; elle paraît un peu sur la face antérieure de la jambe; elle ne semble pas troublée dans la cuisse, sur la face postérieure de la jambe, à la plante du pied. Le malade perçoit le contact des corps sans en apprécier nettement la température; la douleur produite par une piqûre d'épingle est faible.

Les articulations ont conservé leurs mouvements.

Le pied est dans l'extension forcée, avec la pointe tournée en dedans; les orteils sont dans la flexion forcée.

Les muscles de la jambe sont très-atrophiés; le courant électrique les excite à peine. Les muscles de la cuisse, bien que très-diminués de volume, sont encore excitables.

Le malade ne peut se tenir debout, à cause de la faiblesse musculaire générale de la partie inférieure du corps. Il est condamné au décubitus dorsal, ce qui détermine la production continuelle d'escarres (1).

N'y aurait-il pas eu avantage pour le malade à subir une opération même grave, plutôt que de guérir en conservant de semblables infirmités ?

Je n'hésite donc pas à me déclarer partisan de la trépanation rachidienne à la suite des fractures de la colonne vertébrale.

Il y a toutefois une objection très-grave. L'opération, devant, à mon avis, être admise en principe, n'est pas toujours praticable. Il est bien évident, par exemple, que, dans l'observation rapportée plus haut, la guérison n'était pas possible, même avec la résection des arcs vertébraux, puisque la moelle était réduite en bouillie. Dans plusieurs autres cas, l'autopsie a révélé une section complète du cordon médullaire, et c'est bien certainement par crainte de rencontrer de semblables lésions au bout de leurs bistouris que les chirurgiens ont négligé toute intervention active. C'est donc là le point capital de la question, et la difficulté ne saurait être levée que par l'étude approfondie des indications et des contre-indications. Or cette étude est entourée des plus grandes difficultés.

La moelle est-elle seulement comprimée par un fragment osseux? par un épanchement de sang extra-médullaire, intra-médullaire? Est-elle contuse et réduite en bouillie? Est-elle coupée en travers? Tels sont les problèmes que se pose le chirurgien au lit du malade.

Je n'ai pas la prétention de les résoudre, mais plutôt d'appeler sur leur solution l'attention des chirurgiens.

Lorsque la paraplégie est incomplète, évidemment alors la moelle n'est pas détruite. Ou bien il existe une dépression de l'apophyse épineuse au point fracturé, ou bien il n'y a pas de déformation.

Dans le premier cas, le chirurgien est autorisé à penser que les accidents sont produits par la lame vertébrale enfoncée, et il pourra procéder à son dégagement. Dans le second cas, l'incertitude trop grande du siége précis et de la nature de la lésion me feraient temporiser.

Lorsque la paraplégie est complète, la marche des accidents pourra éclairer le chirurgien. S'ils présentent une diminution,

(1) Depuis la rédaction de cet article, ce malade, chez lequel j'ai reconnu la présence de calculs, a été soumis à l'opération de la taille. Son état est aujourd'hui, quant aux douleurs, notablement amélioré.

même légère, après les premiers jours, on devra rejeter l'idée de destruction de la moelle. La conservation du sens musculaire fera songer à une simple compression.

Si l'exaltation du pouvoir réflexe a été considérée comme un signe de destruction de la moelle dorsale ou cervicale, je pense que l'abolition absolue de ce pouvoir réflexe, dans le cas de fracture à la région lombaire, sera également un signe de destruction de la substance médullaire; car, si la substance grise fonctionne plus activement au-dessous de la lésion cervicale ou dorsale, il ne saurait en être do même à la région lombaire, puisque la destruction porte sur la partie terminale de la moelle, et qu'au-dessous il n'y a plus de substance grise. Je considère donc que, dans les fractures lombaires, la persistance de l'action réflexe sera un signe favorable, et son abolition, au contraire, un signe défavorable.

Les expériences physiologiques ont démontré que les muscles privés de tout influx nerveux perdent rapidement la propriété qu'ils ont de se contracter sous l'influence de l'électricité. Ce sera donc là une source de renseignements pour le chirurgien. Si les muscles conservent la contractilité provoquée plusieurs semaines après l'accident, il y aura tout lieu de supposer que la moelle n'est pas détruite. On arrivera à une conclusion inverse si la contractilité, vive pendant les premiers jours, diminue et finit par disparaître.

Les expériences de Schiff tendraient à démontrer qu'un animal chez lequel on a détruit la substance grise de la moelle a perdu toute sensibilité à la douleur, en conservant à un haut degré la sensibilité tactile. Le chirurgien pourra tirer parti de cette notion physiologique.

En résumé, on sera autorisé à penser que la moelle épinière n'est pas détruite (je ne parle que de la région lombaire) :

1° Si la paraplégie est incomplète;

2° Si, la paralysie du mouvement étant complète, le malade a conservé la sensibilité au toucher ou à la douleur;

3° Si les phénomènes paralytiques, au lieu de rester stationnaires, vont en diminuant;

4° Si la moelle a conservé son pouvoir réflexe;

5° Si l'électrisation pratiquée quelques semaines après l'accident détermine encore des contractions musculaires.

La constatation des résultats opposés devra faire redouter une destruction ou une section de la moelle.

L'opération une fois résolue, à quelle époque convient-il de la pratiquer? dans les premiers jours qui suivent, ou bien après la

consolidation de la fracture? Il est impossible de répondre avec des faits; cependant, dans ses recherches, M. Felizet a trouvé une proportion de succès plus considérable à la suite des opérations tardives. Le malade est en effet très-exposé, pendant les premiers jours, à la myélite, et il est peut-être sage de laisser passer cette période dangereuse; mais il y a là un cercle vicieux, car la compression des fragments, l'irritation qu'ils produisent, sont une cause de myélite, et le chirurgien peut espérer, comme je l'avais espéré moi-même, qu'en supprimant la cause, il supprimera l'effet. Cependant je serais disposé à attendre trois ou quatre semaines, jusqu'à ce que toute crainte d'inflammation traumatique primitive ait disparu.

L'observation de mon malade a présenté en outre deux points intéressants sur lesquels je désire appeler l'attention du lecteur. L'un est relatif au *bruit de moulin*, l'autre à l'emphysème traumatique.

Le *bruit de moulin* a été très-caractérisé; l'oreille le percevait à dix centimètres de la poitrine. Le malade en était lui-même incommodé; il le comparait, très-heureusement selon moi, au bruit d'*un pot qui bout*. Il a atteint son maximum d'intensité le lendemain et a cessé complétement après quatre ou cinq jours. Le sang et l'air épanchés dans la plèvre par la plaie du poumon et battus ensemble par le cœur rendent très-bien compte de la production de ce bruit anormal.

Cette observation nous a fourni, en outre, l'occasion de vérifier la théorie de M. le professeur Richet sur l'emphysème traumatique. Ce chirurgien pense, contrairement à l'opinion de Malgaigne, qu'une adhérence entre les deux feuillets de la plèvre est nécessaire pour que l'air puisse s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-cutané. Si cette adhérence n'existe pas, la mobilité constante du poumon détruit le parallélisme des deux plaies pulmonaires et pariétales, et il se produit alors un pneumothorax, et non pas un emphysème.

Or, l'autopsie nous a révélé la fracture de deux côtes, dont l'une avait déchiré le poumon. Le malade ne présentait aucune adhérence entre les deux feuillets de la plèvre. La percussion et le bruit de moulin ont fourni pendant la vie des preuves évidentes de pneumothorax, et à aucune époque, malgré les recherches les plus minutieuses faites dans ce but, nous n'avons trouvé trace d'emphysème dans la paroi thoracique.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur l'emploi et la préparation des potions au musc.

Par M. A. Lailler, pharmacien en chef de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares-Saint-Yon.

Malgré toutes les vicissitudes que lui ont causées pendant trois siècles l'engouement des uns et les dénégations obstinées des autres, le musc a pu conquérir dans la thérapeutique actuelle un des premiers rangs parmi les antispasmodiques. Aujourd'hui ses propriétés sont parfaitement reconnues et ne peuvent être contestées; pour notre part, il nous a été donné de voir, un assez grand nombre de fois, dans le service médical confié aux soins du directeur médecin en chef de notre asile, M. le docteur Dumesnil, quels heureux effets il produit dans le traitement de cet état morbide si grave et souvent si funeste connu de nos jours sous le nom de *délire aigu*. Le mode d'emploi d'un agent thérapeutique aussi actif dans certaines circonstances, le *modus faciendi* des préparations officinales ou magistrales dont il est la base, sont loin d'être sans importance.

Pénétré de cette idée, M. Deschamps (d'Avallon) publia vers la fin de l'année 1861 dans le *Bulletin de Thérapeutique* une note sur la préparation de la teinture du musc. Dans cet article, non moins intéressant pour les médecins que pour les pharmaciens, mon honorable collègue démontra par des calculs et par des expériences sérieusement faites que la teinture de musc des officines est conseillée à des doses beaucoup trop faibles pour correspondre aux doses de musc journellement employées, que les premières ne représentent nullement les équivalents des secondes, que le degré de l'alcool employé dans la préparation de la teinture est beaucoup trop élevé pour dissoudre la plus grande somme possible des principes actifs de la substance médicamenteuse, et que, à l'alcool marquant suivant les prescriptions des diverses pharmacopées 80-84-88-93 degrés centésimaux, il fallait, pour obtenir un bon médicament, lui substituer l'alcool à 56 degrés centésimaux. Quoique convaincu à l'avance de la valeur des expériences de l'infatigable pharmacien en chef de la Maison impériale de Charenton, nous les avons répétées et nous nous sommes empressé d'adopter la formule de la teinture de musc, qu'il a indiquée.

Malgré cette modification apportée dans la préparation de la teinture de musc, ce médicament peut-il dans tous les cas être substitué

au musc même ? Nous ne le croyons pas; M. Deschamps aussi paraît en douter. Lorsqu'on compare deux potions préparées l'une avec le musc, l'autre avec la teinture, en admettant que dans la seconde la dose de teinture puisse représenter la dose de musc que l'on a fait entrer dans la première, on perçoit, sous le rapport de l'odeur et de la saveur, des différences très-sensibles.

La potion préparée avec le musc exhale surtout une odeur *sui generis* qu'on trouve très-affaiblie dans la potion préparée avec la teinture. Sans prétendre que le musc doive ses propriétés thérapeutiques exclusivement ou en partie à l'arome qui lui est propre, nous pensons qu'une préparation officinale dont il est la base, ne possédant qu'une partie de ses caractères organoleptiques, ne peut impunément et d'une manière générale le remplacer. D'un autre côté, si l'on veut élever la dose de musc sous forme de teinture, ne sera-t-on pas arrêté par la proportion d'alcool que l'on sera forcé d'introduire ainsi dans l'économie ?

Cullen, qui a si bien étudié l'action du musc sur le système nerveux et qui prétendait que cette matière animale est un des plus puissants antispasmodiques, assurait qu'il est d'autant plus actif qu'il est plus odorant et il recommandait de le donner en *substance*. D'autres expérimentateurs sont de son avis; nous le partageons entièrement, car nous avons vu employer par le savant aliéniste dont nous avons cité le nom, la teinture de musc avec moins de succès que le musc même.

Les différentes formes sous lesquelles le musc peut être employé en substance sont les pilules, les potions et les lavements.

L'emploi du musc sous forme de pilules doit, dans certaines circonstances, être préféré à l'emploi du musc en potions. Les pilules de musc ne laissent pas dans la bouche l'odeur qui caractérise une potion où cette substance se trouve en suspension; cette odeur peut être d'autant moins sensible que rien ne s'oppose à ce que ces pilules soient argentées ou dorées; mais il est d'autres circonstances dans lesquelles il est matériellement impossible d'avoir recours à ce moyen. Comment, en effet, forcer des malades à avaler une pilule, quand ils sont sous le coup de ces violents accès de délire qui les empêchent de se rendre compte des soins qu'on veut leur donner, qui les poussent à rejeter violemment et même avec fureur des substances qu'on veut leur faire prendre ?

La chose est impossible. Le malade après avoir gardé la pilule plus ou moins de temps dans sa bouche la rejette et on est forcé de renoncer à l'emploi du médicament donné sous cette forme. Il est

des états nerveux beaucoup moins graves que celui dont nous venons de parler et dans lesquels néanmoins les malades ne *peuvent* avaler la pilule qui leur est présentée. Il faut donc dans ces circonstances avoir recours aux potions, si on veut administrer le musc. Sans doute, la répulsion que certains malades éprouvent pour avaler ce qui leur est offert n'existera pas moins en présence d'une potion que d'une pilule, mais on sait qu'il est bien plus facile de vaincre la résistance faite dans le premier cas que celle qui est faite dans le second.

Nous ne parlerons pas ici des lavements, l'usage ne pouvant en être que très-limité.

On a objecté contre l'emploi du musc sous forme de potion son insolubilité dans l'eau. Cette insolubilité rend non-seulement ces potions louches, troubles, mais encore elle est cause qu'une certaine quantité de la substance active reste dans la bouche, dans les dents même, ce qui indépendamment de la perte d'une partie de substance est une cause de dégoût pour le malade. Cet inconvénient, qui a bien son importance, disparaît par le mode de préparation des potions au musc que nous allons indiquer.

Dans les différentes formules qui sont données pour ces potions, on se contente de recommander de réduire le musc en poudre et de l'ajouter au véhicule en donnant la préférence aux véhicules gommeux.

La pulvérisation du musc ne s'opère que d'une manière très-incomplète, à moins de la faire précéder de la dessiccation de cette substance, qui ordinairement n'a pas lieu, tant à cause de la perte en poids que cette dessiccation causerait au musc dont le prix est très-élevé, qu'en raison d'une perte d'arome qui en serait inévitablement la conséquence.

De plus, si l'on prolonge la trituration du musc, on voit, tout en y ajoutant un peu de sucre, comme cela a lieu ordinairement, la substance adhérer au mortier dont elle ne peut être détachée que très-difficilement. Enfin, comme résultat, on a, malgré le temps et le soin employés, une potion qui présente bien les inconvénients qu'on lui reproche.

Si le musc est insoluble dans l'eau froide, il se comporte d'une manière opposée dans l'eau bouillante, aussi est-ce cette propriété que nous avons invoquée pour la préparation des potions dont il doit faire la base. Pour cela, nous le triturons d'abord avec quelques gouttes d'eau bouillante, puis nous ajoutons celle-ci en plus grande quantité suivant la dose du musc prescrite, et nous ajoutons

ce soluté au véhicule conseillé, qu'il soit gommeux ou non. Par le refroidissement, le musc perd il est vrai en partie sa solubilité, mais il se précipite alors sous forme de poudre très-ténue, et, se mélangeant facilement au liquide par l'agitation, il peut être pris par le malade sans qu'il lui en reste dans la bouche, comme c'est le cas avec les potions préparées à l'eau froide. Par ce procédé, qui n'altère pas l'odeur du musc, nous ne trouvons pas qu'il soit nécessaire de recourir au véhicule gommeux, généralement conseillé pour en faciliter la suspension. Nous dirons même qu'à moins qu'il n'y ait utilité au point de vue thérapeutique, nous conseillons l'emploi de l'eau simple ou d'un hydrolat, préférablement à une solution gommeuse; avec l'eau la potion est plus limpide, elle cause moins d'empâtement dans la bouche du malade, et peut se conserver plus longtemps sans éprouver d'altération.

C'est avec la conviction que donne l'expérience que nous conseillons ce mode pour la préparation des potions au musc, forme sous laquelle ce médicament paraît devoir être le plus fréquemment employé (1).

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Hydropisie ascite occasionnée par une rétention incomplète d'urine.

Le 7 juin 1865, je fus appelé, à une distance de 60 kilomètres du lieu de ma résidence, pour visiter en consultation le nommé Arnaud, âgé de cinquante ans. A mon arrivée, je trouvai à ma grande surprise le malade levé, et se promenant devant sa maison de campagne. Son facies, quoique pâle et amaigri, n'avait aucune teinte cachectique, l'œil était vif, la langue rouge et sèche, le pouls bon, un peu plus fréquent toutefois que de coutume.

Depuis bientôt six mois, Arnaud avait perdu la santé : atteint d'abord d'une entérite qui avait cessé pour reparaître encore, tourmenté ensuite par l'apparition de tumeurs hémorroïdales, il avait vu survenir, à la cessation de tous ces accidents, des démangeaisons insupportables à l'anus.

Pour calmer ces douleurs occasionnées par le prurit, il lavait souvent cette région avec de l'eau très-fraîche et c'est à cette prati-

(1) Extrait du *Répertoire de pharmacie* de M. Bouchardat.

que qu'il rapporte l'apparition d'une grosseur dans le ventre. Depuis lors, celle-ci n'a pas cessé de progresser (quoique avec une extrême lenteur), puisqu'elle occupe en ce moment tout l'abdomen. Les jambes ont été légèrement enflées, mais elles ne le sont plus du tout. Le malade termine enfin son récit en se plaignant beaucoup de la perte de l'appétit, du trouble de ses digestions, et d'une grande difficulté dans les garde-robes. Mais la gêne que lui fait éprouver son ventre, qui du reste est complétement indolore, le préoccupe par-dessus tout, et c'est sur ce point qu'il désire fixer tout particulièrement notre attention.

Le malade s'étant mis au lit dans le décubitus dorsal, à mon invitation, je n'eus pas de peine à diagnostiquer la présence d'un épanchement liquide dans l'abdomen : la tuméfaction uniforme du ventre, la matité, la fluctuation, le déplacement du liquide en variant les positions du tronc, en un mot aucun des symptômes caractéristiques de l'ascite ne me fit défaut.

Ce premier point une fois établi, nous fûmes à la découverte de la maladie primitive qui avait été l'occasion de l'ascite. L'examen du cœur et des poumons ne nous fit rien découvrir d'anormal. Les urines ne renfermant pas d'albumine, nous dirigeâmes alors notre exploration vers les organes abdominaux que nous cherchions à atteindre en palpant profondément. Arrivés au-dessus de l'ombilic, mes doigts s'enfoncèrent tout à coup brusquement avec plus de facilité; et je sentis une tumeur isolée, ovalaire, s'étendant jusqu'à l'hypogastre, et très-facile à limiter dans tout son contour en palpant fortement l'abdomen. La fluctuation était moins superficielle dans cette région que dans les autres parties de l'abdomen; la compression ne donnait lieu à aucun besoin d'uriner.

Il était évident que la vessie était fortement distendue par une accumulation d'urine, quoique le malade nous assurât qu'il urinait fréquemment pendant le jour et plusieurs fois pendant la nuit. M. B*** officier de santé, médecin ordinaire d'Arnaud, palpa aussi l'abdomen après moi, et reconnut que, l'attention une fois fixée sur ce point, il était impossible de méconnaître une rétention d'urine, et que la vessie devait à coup sûr s'exonérer de temps à autre par regorgement.

Il y avait donc indication urgente de vider la vessie; mais cette opération que j'aurais regardée, il y a quelques années, comme obviant à un simple accident de la maladie, j'annonçais maintenant avec la plus entière confiance qu'elle allait sauver le malade. J'entretins alors mon confrère de la singulière relation qui existe en-

tre l'incontinence d'urine et l'hydropisie générale. Je lui fis part des remarquables observations que M. le docteur Bourgeois d'Etampes a commencé de faire en 1846 sur ce sujet; je lui racontai de quelle manière il eut ensuite occasion en 1855 d'attirer là-dessus l'attention du professeur Trousseau qui, dans ses brillantes leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, rapporte trois faits de ce genre observés par lui-même en 1864.

Mes idées de sécurité, empruntées à un témoignage aussi illustre, n'eurent pas de peine à pénétrer dans l'esprit de mon confrère ainsi que dans celui du malade, à qui je promettais une prochaine guérison.

Il fallait pour cela sonder le malade; malheureusement cette opération ne put être pratiquée, faute d'une sonde. Dans ces pays montagneux où les routes ne sont accessibles qu'à dos de mulet, quoique M. B*** officier de santé n'eût que 5 kilomètres à parcourir pour se rendre à son habitation et se munir de l'instrument souhaité ardemment, il m'aurait fallu cependant attendre son retour au moins pendant trois heures. Tout retard m'était impossible, j'étais forcé de partir pour retourner auprès de mes malades, dont ce voyage m'éloignait pendant deux jours. Il fut donc convenu que M. B*** viendrait le lendemain matin sonder le malade, et je l'invitai à laisser une sonde à demeure, en le prévenant de la rapidité avec laquelle se remplit de nouveau la vessie, à peine vidée.

Je priai instamment M. B*** en le quittant de vouloir bien me tenir au courant de cette observation, si importante à un nouveau point de vue clinique.

Après quinze jours d'attente, ne recevant aucun avis de M. B***, je me décidai à écrire à la famille du malade pour connaître le motif de ce silence. Voici ce qui s'était passé : M. B*** n'avait pu pénétrer dans la vessie ; on ne pouvait penser à mon intervention à cause de l'éloignement, alors M. B*** avait cru devoir pratiquer la ponction de la vessie qui avait donné issue à une grande quantité d'urine, mais le malade avait succombé aux suites de l'opération.

Cette réponse me laissa quelques instants sous de pénibles impressions : si j'avais pu tenter moi-même l'opération, aurais-je été plus heureux? Il faut croire que le cas était semblable à celui du vieillard de Pussay dont parle M. Bourgeois, chez lequel on dut avoir recours à l'habilité d'un spécialiste, M. Ségalas, qui ne put lui-même parvenir dans la vessie qu'au bout d'un temps très-long et avec une sonde à béquille.

La terminaison fâcheuse de cette affection peut laisser quelque doute sur l'exactitude de mon diagnostic qui ne peut invoquer en sa faveur l'aphorisme : *Naturam morborum curationes ostendunt.* On peut m'opposer en effet que cette rétention d'urine coïncidait seulement avec l'ascite, et que le cathétérisme n'aurait eu alors aucune action sur l'hydropisie.

J'admets cette restriction qui est très-juste, mais on m'accordera aussi qu'eu égard à l'état général satisfaisant du malade, et en l'absence de toute lésion organique capable d'occasionner l'ascite, je ne pouvais avoir affaire qu'à une ascite idiopathique avec rétention d'urine.

Guidé par l'analogie, j'ai cru que cette rétention d'urine pouvait être la cause de l'ascite. Ai-je tort ou ai-je raison ? *adhuc sub judice lis est.*

Cette observation n'a du reste d'autre but que d'attirer l'attention des observateurs sur la solution de cette question :

Puisque l'hydropisie générale peut être occasionnée par une rétention d'urine ; ne pourrait-il pas se faire qu'il y eût aussi une forme d'hydropisie partielle (l'ascite) soumise quelquefois à cette même cause ? Dr Cantel (des Mées, Basses-Alpes).

Deux mots pour servir de complément à l'observation de cancer encéphaloïde primitif du poumon, insérée dans le numéro du 15 février 1866 du *Bulletin de thérapeutique*.

Monsieur le Rédacteur,

Le diagnostic que j'avais posé dans l'observation que je vous ai envoyée il y a quelques mois, et à laquelle vous avez bien voulu donner place dans le n° 3 du *Bulletin* pour l'année 1866, se trouve aujourd'hui pleinement confirmé, et il n'est douteux pour personne qu'il ne s'agisse bien réellement d'un cancer encéphaloïde primitif du poumon. Cette certitude se fonde non point sur le résultat de l'autopsie (l'infortunée malade est encore là, haletante et orthopnéique au plus haut degré), mais sur l'apparition d'une tumeur encéphaloïde au-dessous de la clavicule droite, à l'endroit même où le cautère avait été placé.

Cette tumeur a commencé à se développer vers le commencement de janvier ; elle représente un segment de sphère ayant aujourd'hui près de 80 millimètres de diamètre. La nature de cette tumeur se révèle clairement, et par ses caractères extérieurs, et par toute

l'histoire de la maladie. Je m'abstiens donc de la décrire plus amplement.

L'existence d'un cancer encéphaloïde primitif du poumon me paraît aujourd'hui démontrée, et je ne vois pas ce que l'autopsie elle-même pourrait ajouter à l'évidence du fait. Si cependant quelques particularités dignes d'être notées devaient se révéler à cette occasion, je vous prierais de vouloir bien encore les accueillir dans le *Bulletin*.

Mme J*** est arrivée au dernier degré du marasme, et on est surpris que la vie puisse se prolonger aussi longtemps, la respiration ne s'exécutant plus que par un seul poumon.

J'ai l'honneur, etc. L. Morel, D.-M.

Fleurier (canton de Neufchâtel),
Suisse, le 20 février 1866.

BIBLIOGRAPHIE.

Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, par M. Cl. Bernard, membre de l'Institut de France (Académie des sciences) et de l'Académie impériale de médecine, professeur de médecine au Collége de France, professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences, membre de la Société royale de Londres, de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg et de l'Académie des sciences de Berlin.

De tous les physiologistes contemporains, M. Cl. Bernard est assurément celui qui a introduit dans la science le plus de faits originaux rigoureusement constatés : ses livres, ses leçons au Collége de France, à la Sorbonne, ses communications à l'Institut de France, dont il est une des illustrations les plus éclatantes, ont jeté en plein courant du mouvement scientifique de la seconde moitié du dix-neuvième siècle, ses faits et ses idées; et pour si peu qu'on ait suivi, au moins par la pensée, ce mouvement, on connaît les uns et les autres. Nous ne ferons donc point ici l'énumération même sommaire de ces brillantes conquêtes, nous préférons nous renfermer dans le cercle même où se développe l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, et indiquer d'un trait rapide l'esprit qui dirige l'éminent professeur du Collége de France dans ses originales recherches, et qui seul lui paraît appelé à constituer la médecine scientifique, en lui fournissant les bases inébranlables d'un réel progrès.

Nous ne savons pas, pour notre compte, de spectacle plus inté-

ressant que celui d'un esprit élevé qui, après avoir donné la mesure de sa force, vient indiquer la voie qu'il a suivie pour réaliser ses découvertes, et montrer que cette méthode, tout impersonnelle, puisqu'elle est commandée tout à la fois par l'œil qui voit, et par les choses qui sont vues, est la seule qui puisse utilement diriger la science, les sciences dans leur progressive élaboration. Cette méthode, qui n'est autre chose que l'analyse, dans laquelle concourent à la fois l'observation ou l'expérimentation, et le raisonnement, l'auteur, dans maints endroits de son livre, ne manque pas de faire remarquer qu'elle est devenue en quelque sorte le patrimoine de l'esprit humain, dans quelque direction scientifique qu'il s'exerce, depuis qu'il s'est émancipé du joug de la scolastique. Mais en l'appliquant à l'élucidation des problèmes de la biologie, et dans le cercle plus restreint où il se renferme surtout, de la physiologie, il semble en quelque sorte qu'il la réinvente, tant elle devient entre ses mains un instrument puissant d'originale investigation. Lorsqu'au reste, on a bien saisi l'analyse expérimentale, telle que la développe didactiquement dans son livre M. Cl. Bernard, on voit de suite que tout n'est pas illusion dans la première impression que laisse, à cet égard, dans l'esprit la lecture de cet ouvrage. En effet à se servir ainsi de l'analyse, l'esprit est loin, si nous pouvons ainsi dire, d'être passif; l'idée, la conception *a priori*, la conjecture, l'hypothèse, la précèdent presque toujours, et par là elle ne devient en quelque sorte que la vérification ou le contrôle d'une vue de l'esprit. L'analyse, ainsi comprise et appliquée, reste toujours une méthode impersonnelle, en ce sens qu'elle n'accepte, comme une conquête sur l'inconnu, que les rapports rigoureusement vérifiés, mais en empruntant à l'esprit qu'elle dirige l'itinéraire qu'elle doit suivre pour arriver au but, elle en porte inévitablement l'empreinte et le génie conservetou jours son inaliénable privilége.

Il faut lire dans l'ouvrage même de M. Cl. Bernard l'exposition de cette méthode, et parallèllement la critique lumineuse des autres directions qui ont été tour à tour suivies pour arriver à la constitution d'une science chimérique, quand elle sort du cercle d'un empirisme instinctif, qui est l'analyse expérimentale à l'état rudimentaire, ou inconscient. Il y a sur ces questions, dans le livre dont nous nous occupons en ce moment, une foule de remarques aussi profondes que nettement exprimées, et qui nous paraissent destinées à corriger dans les esprits des tendances d'autant plus dangereuses qu'on y obéit en toute sûreté de conscience. Voyez, par exemple, la manière ferme dont il caractérise ce qu'en logique scientifique on

entend d'ordinaire par hypothèse, système, théorie et doctrine. Après avoir mis sous chacun de ces mots l'idée précise qu'il représente, il conclut ainsi : « En un mot, les systèmes et les doctrines en médecine sont des idées hypothétiques ou théoriques, transformées en principes immuables. Cette manière de procéder appartient essentiellement à la scolastique, et elle diffère radicalement de la méthode expérimentale. Il y a en effet contradiction entre ces deux procédés de l'esprit; le système et la doctrine procèdent par affirmation et par déduction purement logique; la méthode expérimentale procède toujours par le doute et par la vérification expérimentale. Les systèmes et les doctrines sont individuels; ils veulent être immuables et conserver leur personnalité. La méthode expérimentale, au contraire, est impersonnelle; elle détruit l'individualité en ce qu'elle réunit et sacrifie les idées particulières de chacun, et les fait tourner au profit de la vérité générale établie à l'aide du critérium expérimental. Elle a une marche lente et laborieuse, et sous ce rapport elle plaira toujours moins à l'esprit : les systèmes, au contraire, sont séduisants, parce qu'ils donnent la science absolue réglée par la logique seule; ce qui dispense d'étudier, et rend la médecine facile. La médecine expérimentale est donc par nature une médecine anti-systématique et anti-doctrinale, ou plutôt elle est libre et indépendante par essence, et ne peut se rattacher à aucune espèce de système médical. » Nous avons cru devoir citer ce court passage de l'ouvrage de M. Cl. Bernard, parce qu'il en marque bien la méthode et dans ce qu'elle est et dans ce qu'elle n'est pas. Quelque réserve qu'on y puisse faire d'ailleurs, elle caractérise admirablement un certain nombre d'expressions synthétiques qui, nous le craignons, ne sont pas aussi nettement comprises qu'elles devraient l'être par tous les auteurs qui les emploient. Une foule d'esprits seraient plus près de s'entendre qu'on ne le pense, si la langue qu'ils parlent était toujours rigoureusement *adéquate* aux idées qu'ils veulent exprimer.

Telle est donc, dans son expression la plus générale, la méthode à l'aide de laquelle M. Cl. Bernard se propose de poser les bases de la médecine expérimentale, par opposition à la médecine traditionnelle qui, quoique profondément modifiée, vit encore à l'heure qu'il est, dans l'esprit de la plupart d'entre nous, dans l'esprit de ceux-là-mêmes, dont le spontanéité intellectuelle réagit le plus énergiquement contre l'ensorcellement du sentier battu, ou du panurgisme scientifique. Mais la méthode n'est pas une voie ouverte au hasard dans le champ sans limites de la science, elle part de quelque

point fixe, cette voie, et si hardi qu'il soit, le premier qui s'y engage s'y dirige par quelques principes sans lesquels il marcherait éternellement sans aboutir. Quels sont donc les principes qui guideront le professeur de médecine du Collége de France dans le remaniement révolutionnaire de la médecine qu'il prépare, et que l'avenir seul doit achever? C'est ce que nous allons essayer de faire comprendre brièvement.

Le premier principe de M. Cl. Bernard, c'est le doute : mais, comme il se plaît à le répéter souvent, le doute n'est pas le scepticisme. Il exprime énergiquement quelque part cette disposition de l'esprit par cette sorte d'antinomie que nous rappellerons, pour qu'on se la grave bien dans l'esprit, *il faut avoir une foi robuste, et douter*. Mais qu'est-ce à dire? Une chose simple, c'est à savoir qu'il faut croire, d'une foi inébranlable, aux principes et aux enseignements positifs de l'expérience, et que sur tout le reste il faut douter. Ce doute doit s'étendre jusqu'aux théories mêmes, qui sont la synthèse d'un certain nombre de faits; car toute théorie n'a qu'une valeur relative; dans l'évolution infinie de la science, elle n'est qu'un provisoire qui doit inévitablement changer; l'immuabilité n'appartient qu'aux principes. Qu'on me permette de laisser encore ici un instant la parole à l'illustre maître : la parole d'un penseur profond emprunte au foyer où s'est élaborée l'idée qu'elle traduit, je ne sais quelle vie, quelle chaleur qui s'évanouissent dans le simple écho. « La critique expérimentale, dit M. Cl. Bernard, doit donc se prémunir non-seulement contre la croyance aux théories, mais éviter aussi de se laisser égarer en accordant trop de valeur aux mots que nous avons créés pour nous représenter les prétendues forces de la nature. Dans toutes les sciences, mais dans les sciences physiologiques plus que dans toutes les autres, on est exposé à se faire illusion sur les mots. Il ne faut jamais oublier que toutes les qualifications de forces minérales ou vitales données aux phénomènes de la nature ne sont qu'un langage figuré dont il importe que nous ne soyons pas les dupes. Il n'y a de réel que les manifestations des phénomènes, et les conditions de ces manifestations, qu'il s'agit de déterminer; c'est là ce que la critique expérimentale ne doit jamais perdre de vue. En un mot, la critique expérimentale met tout en doute, excepté le principe du déterminisme scientifique et rationnel dans les faits. La critique expérimentale est toujours fondée sur cette même base, soit qu'on se l'applique à soi-même, soit qu'on l'applique aux autres. » Le déterminisme, c'est-à-dire la loi de l'esprit en vertu de laquelle on constate les

conditions de manifestation des phénomènes, ou leur cause prochaine, voilà, pour le professeur du Collége de France, le principe qui gouverne toute science, et en dehors duquel l'intelligence ne trouve que ses propres conceptions, presque toujours ses rêves. L'observation simple peut suffire, et elle suffit souvent dans les sciences qui ne dépassent pas le seuil du monde inanimé, à déterminer les successions phénoménales dans leur enchaînement chronologique, si nous pouvons ainsi dire, elle suffit même quelquefois dans les sciences biologiques : mais ici plus les organisations se compliquent, plus les rouages se multiplient, plus s'étend la solidarité des organes, des appareils, et plus l'observation devient insuffisante ; il faut en étendre la sphère ; il faut y joindre l'expérimentation.

Voilà, ainsi légitimé par la nécessité de la didactique elle-même, le puissant instrument d'investigation que manie avec tant d'habileté le professeur du Collége de France, et qui l'a déjà conduit à tant de conquêtes qui resteront à jamais dans la science, quelle que soit la fortune de la révolution qu'il a entrepris d'opérer dans notre science laborieuse. Et cette expérimentation, qui relaye l'observation là où celle-ci s'arrête, s'applique tout à la fois et à la physiologie normale ou pathologique qui obéissent aux mêmes lois, et à la thérapeutique qui a pour but d'interrompre violemment les successions phénoménales morbides, quand l'organisme est hors d'état, par le jeu spontané de la vie, de revenir à l'équilibre normal.

Quelque portée qu'ait, dans l'esprit de M. Cl. Bernard, l'expérimentation appliquée à la pathologie et à la thérapeutique, ce serait cependant exagérer sa pensée que de supposer qu'il fait table rase des enseignements relatifs à cette partie de la science qui y sont entrés par une autre porte. Il admet ces enseignements ; seulement il les discute, et lors même qu'ils portent sur des médications dont, avec tout le monde, il reconnaît l'incontestable efficacité, comme celle des préparations du quinquina dans la périodicité morbide, il ne s'arrête pas à cette donnée purement empirique, il aspire à saisir comment cette médication impressionne l'organisme pour rompre l'enchaînement des phénomènes anormaux qu'elle combat. Je dis comment et non pourquoi, car ce sont les problèmes posés sous cette première formule qui sont solubles; les autres, en biologie comme en toute science d'ailleurs, échappent, suivant lui, à la portée de notre esprit.

La médecine, à le bien entendre, n'est que de la physiologie; seulement cette physiologie, sur une foule de points, est à peine ébau-

chée. C'est sans aucun doute l'honneur de l'illustre professeur du Collége de France d'avoir introduit cette notion fondamentale ou plutôt ce principe dans la science. Déjà d'importants travaux se sont produits, où les auteurs marchent à la lumière de ce principe. M. Cl. Bernard s'en applaudit, mais il ne laisse pas de montrer le danger où l'on peut se précipiter quand, en suivant cette direction, on applique mal la physiologie, ou qu'on la fait parler là où elle n'a encore rien dit. La portée du principe a été saisie, mais on en fausse l'application ; on fait du roman en son nom, quand on ne doit faire que de l'histoire.

En glanant à travers cet ouvrage si plein de choses, nous avons mis en relief quelques-unes des idées fondamentales qui forment, bien qu'il s'en défende plus ou moins explicitement, la philosophie du professeur du Collége de France ; nous en pourrions détacher beaucoup d'autres encore, avec lesquelles la science médicale, en quelque mesure qu'elle les accepte, aura désormais nécessairement à compter. Mais il est telle de ces idées, comme par exemple celle-ci, que la seule puissance qu'on saisisse nettement dans la matière est une *force sourde* innomée, ou cette autre, que la force vitale est une force organisatrice et nutritive, mais qui ne détermine en aucune façon la manifestation des propriétés de la matière vivante qu'il faut ramener à des propriétés physico-chimiques, par cela même que seules ces dernières propriétés sont déterminables, il est telle de ces idées, répétons-nous, qui, pour être développées seulement, à plus forte raison pour être discutées, exigeraient un beaucoup plus long espace que celui dont nous pouvons disposer : nous ne ferons donc qu'en marquer ici la place.

L'école positiviste dans laquelle, suivant notre humble opinion, il y a beaucoup plus de formules que d'idées nouvelles, s'est vantée quelquefois de compter M. Cl. Bernard au rang de ses adeptes. Sur quelques points il s'en rapproche peut-être, mais pas plus qu'un homme qui n'en était assurément pas, Buchez, par exemple, qui posait en principe que toute hypothèse non vérifiable doit être considérée comme fausse, et rejetée ; mais, à part ces quelques rapports dans les tendances de l'esprit, le positivisme du professeur du Collége de France diffère essentiellement de celui de l'école de Comte. L'auteur lui-même, dans un endroit de son livre, sinon dans plusieurs, le déclare formellement. Mais écoutons-le encore une fois exprimer sa pensée, on verra que s'il n'ose pas s'aventurer dans l'horizon infini qui s'ouvre devant elle, il ne le ferme pas systématiquement tout au moins, et que si la vérité peut venir de ce

côté, il est tout prêt à la recevoir. « Comme expérimentateur, dit-il, j'évite donc les systèmes philosophiques, mais je ne saurais pour cela repousser un esprit philosophique qui, sans être nulle part, est partout, et qui, sans appartenir à aucun système, doit régner non-seulement sur toutes les sciences, mais sur toutes les connaissances humaines. C'est ce qui fait que, tout en fuyant les systèmes philosophiques, j'aime beaucoup les philosophes, et me plais infiniment dans leur commerce. En effet, au point de vue scientifique, la philosophie représente l'aspiration éternelle de la raison humaine vers la connaissance de l'inconnu. Dès lors, les philosophes se tiennent toujours, dans les questions en controverse, dans les régions élevées, limites supérieures des sciences. Par là, ils communiquent à la pensée scientifique un mouvement qui la vivifie et l'ennoblit ; ils fortifient l'esprit en le développant par une gymnastique intellectuelle générale, en même temps qu'ils le reportent sans cesse vers la solution inépuisable des grands problèmes; ils entretiennent ainsi une sorte de soif de l'inconnu et le feu sacré de la recherche qui ne doivent jamais s'éteindre chez un savant.» Nous estimons, pour notre compte, que la philosophie peut plus que cela, et qu'en dehors du déterminisme de la science proprement dite, pour parler le langage de l'auteur, elle a des affirmations qui s'imposent aussi rigoureusement aux esprits libéralement ouverts à toute vérité, qu'un grand nombre d'affirmations scientifiques que tout le monde accepte; mais il ne s'agit point ici de ce côté de la question, nous tenions seulement, à ce propos, à montrer que l'éminent professeur du Collége de France, l'instaurateur véritable de la physiologie en médecine, ne supprime pas au moins d'un trait insolent les questions qui se posent en dehors de l'amphithéâtre, qu'il s'en inspire même, pour marcher en avant dans la poursuite de la vérité scientifique, en attendant qu'il y trouve la solution des questions extra-scientifiques, si nous pouvons ainsi dire, qui sont et resteront éternellement le tourment et la gloire de l'esprit humain.

Nous reviendrons, du reste, sur cette importante publication, qui marquera une ère nouvelle dans la médecine, et dont le volume dont nous venons de parler n'est que le brillant péristyle.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Des vaccinations et revaccinations dans les hôpitaux de Paris. — L'épidémie de variole qui règne depuis plusieurs mois à Paris,

et qui dans ces derniers temps a fait de nombreux ravages, a mis à l'ordre du jour, à la Société médicale des hôpitaux, la question de la prophylaxie des éruptions varioliques par la revaccination. Cette question a d'autant plus d'opportunité que l'introduction dans la pratique de la vaccination animale permet de recueillir un grand nombre de chiffres, et de comparer les résultats fournis par les deux modes de vaccination.

Le retentissement peut-être exagéré qu'ont eu les quelques faits de syphilis vaccinale récemment observés, et plus encore la facilité de disposer en tout temps d'une source considérable de vaccin, ont popularisé la vaccination animale, que nous devons à la persévérance de M. le docteur Lanoix. Depuis longtemps la vaccination animale était pratiquée à Naples par le docteur Palesciano, et c'est là que M. Lanoix est allé chercher la vaccine. Une première génisse inoculée à Naples fut amenée à Paris, et depuis notre confrère inocule, deux fois par semaine, trois génisses à chacune desquelles il fait soixante piqures dont les boutons lui fournissent une quantité considérable de virus; aussi les revaccinations se font-elles sur une grande échelle. — Les élèves des pensions des colléges de Paris ont été inoculés, et tous les jours des salles entières de malades sont soumises à la pratique de la revaccination.

Tout d'abord se pose une question soulevée à la Société médicale des hôpitaux par M. Bucquoy : Doit-on revacciner tout le monde indistinctement, les enfants comme les gens âgés? Doit-on revacciner même les sujets qui ont eu une variole ou une varioloïde? Nous n'hésitons pas à répondre oui. Les individus qui ont eu ou sont réputés avoir eu la petite vérole volante n'ont pas contracté l'immunité. En effet, relativement à la petite vérole volante, comme l'a fait remarquer M. Bergeron, tout le monde sait que, sous ce nom, le public, et même quelques médecins, confondent souvent deux maladies très-distinctes, à savoir : *la varioloïde* qui, n'étant autre chose que la variole modifiée par le vaccin, peut, par conséquent, donner l'immunité dans une certaine mesure, et la *varicelle*, maladie qui n'a, au contraire, aucun rapport avec la variole, et ne saurait en aucun cas garantir de ses atteintes; d'où il suit que le médecin, s'il n'a observé lui-même l'éruption dont on excipe pour éluder la revaccination, reste nécessairement dans le doute; or, en pareil cas, dans le doute, il faut agir, c'est-à-dire revacciner; mais il y a plus : serait-il démontré qu'il s'est agi d'une véritable varioloïde, qu'il faudrait encore revacciner, puisqu'il est acquis à la science qu'une première atteinte de variole ne met

pas complétement à tout jamais à l'abri d'une seconde ; il est peu probable, en effet, que la varioloïde puisse donner une immunité plus assurée que la variole elle-même.

En second lieu, les gens âgés doivent être revaccinés, car il n'est pas rare de voir des varioles graves après cinquante ou soixante ans. M. Gueneau de Mussy a cité le fait extraordinaire d'une femme morte à cent ans de sa neuvième atteinte de variole, et il est un fait généralement admis, c'est que la revaccination est plus souvent suivie de succès chez les individus âgés que chez les jeunes gens. Cependant cette loi ne doit pas être regardée comme absolue, car les revaccinations pratiquées par M. Lanoix à Sainte-Barbe et au collége Rollin ont réussi dans plus de la moitié des cas.

Ainsi donc, en présence d'une épidémie régnante, la revaccination doit être conseillée à tout le monde indistinctement.

Maintenant, voyons les résultats obtenus :

M. Hervieux à l'hôpital de la Maternité, a recueilli la statistique suivante :

Quatre-vingt-quatre vaccinations ont été pratiquées sur des nouveau-nés à l'aide du vaccin animal. —Voici ce qu'elles ont donné :

Sur ces 84 vaccinations, 16 ont échoué complètement, 4 ont donné lieu à des papules presque imperceptibles ; 5 enfants sont partis avant le développement des pustules. Quant aux 59 restants, chez lesquels le vaccin a évolué régulièrement, le rapport des pustules avec celui des piqûres (on en faisait toujours six) a été le suivant :

10	fois on a observé	....	1 seule pustule.
11	—	....	2 pustules.
15	—	....	3 —
8	—	....	4 —
10	—	....	5 —
5	—	....	6 —

Il était intéressant de savoir quels chiffres donnait la vaccination ordinaire comparée à la vaccination animale. Or, voici les résultats de 95 vaccinations par le vaccin usuel, vaccinations pratiquées la même année (1865) à la Maternité, chez des enfants nouveau-nés, dans une période précédente :

Sur ces 95 enfants, 8 étaient partis avant le temps nécessaire pour le développement des pustules vaccinales.

Chez	19	d'entre eux	échec complet.	
—	9	—	1	pustule.
—	12	—	2	—
—	15	—	3	—
—	15	—	4	—
—	13	—	5	—
—	12	—	6	—

La similitude de ces résultats, comparés à ceux que nous donne la vaccination animale, n'échappera à personne. Pour les deux séries d'enfants, il y en a environ un cinquième chez lesquels l'opération reste sans effet. Quant au nombre relatif des pustules, un examen attentif des tableaux produits ci-dessus démontre clairement que la différence est peu sensible et doit être négligée.

Un fait beaucoup plus saillant, et qui n'a échappé à aucun de ceux d'entre nous qui ont été à même d'observer les effets de la vaccination animale, c'est que le développement des pustules est tardif, lent à se produire ; que les pustules sont généralement moins larges. On a parlé dans le public médical d'accidents, et même d'accidents graves. M. Hervieux n'en a pas vu d'autres que ceux auxquels peut donner naissance la vaccination ordinaire, c'est-à-dire l'inflammation phlegmoneuse des pustules, l'adénite vaccinale, l'érysipèle, et, chez les enfants faibles ou maladifs, l'ulcération des pustules.

J'arrive aux revaccinations par le nouveau vaccin. Celles dont il va être question ont été pratiquées pour la plupart sur des femmes enceintes, sur les élèves sages-femmes de la Maternité, sur les filles de service, et en général sur des femmes pour la plupart jeunes ou n'ayant pas dépassé quarante ans.

Ces revaccinations sont au nombre de 156.

90 ont échoué radicalement ;

4 ont donné naissance à des boutons presque invisibles ;

36 ont produit des élevures qui n'avaient aucun des caractères de la pustule vaccinale régulière ;

26 seulement ont été suivies de l'évolution classique de la vaccine vraie.

Sur ces 26 cas,	7	fois on a observé	6 pustules.
—	3		5 —
—	1		4 —
—	6		3 —
—	9		1 —

Ces résultats des revaccinations par le vaccin animal diffèrent-ils beaucoup de ceux qu'on obtient à l'aide du vaccin ordinaire ?

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la cautérisation péri-cervicale dans la vaginite. Que la vaginite soit simple ou qu'elle soit virulente, qu'elle soit aiguë ou qu'elle soit chronique, de tous les moyens locaux que l'on a conseillés

pour modifier la muqueuse vaginale : injections de toute nature, application de tampons chargés de substances médicamenteuses, badigeonnages, cautérisations directes, etc., la médication qui a fourni à M. Nonat les résultats les plus remarquables et les plus constamment heureux, celle en définitive qu'il n'a jamais cessé d'employer depuis plus de dix ans, c'est la cautérisation de la muqueuse vaginale avec l'azotate d'argent en solution.

Seulement, pour que cette cautérisation réussisse, et c'est une condition indispensable, il faut que pas un point de la surface enflammée n'échappe à l'action du caustique. Lorsque la méthode échoue, soyez certain, dit M. Nonat, que quelque pli du vagin et surtout le cul-de-sac utéro-vaginal s'est soustrait à la cautérisation. Si l'on veut opérer sûrement en pareil cas, il faut d'abord se munir d'une bonne solution concentrée d'azotate d'argent, puis de deux pinceaux, l'un petit en poil, dit pinceau intra-utérin, l'autre volumineux, composé de charpie.

Le spéculum dont se sert ici M. Nonat est le spéculum bivalve armé de son embout ; c'est celui qui cause le moins de douleur, quand on l'introduit dans un vagin enflammé.

Ce spéculum appliqué et le col bien engagé entre ses valves, il s'agit de procéder à la cautérisation. Celle-ci se fait en deux temps. Dans le premier temps, le chirurgien, armé du petit pinceau chargé de son liquide caustique, badigeonne avec soin toute la surface apparente et tangible du col utérin jusqu'au fond du cul-de-sac. De cette façon, on est certain que si le gros pinceau qui, dans le second temps, sert à cautériser toute la surface vaginale derrière le spéculum, au fur et à mesure que l'instrument est retiré, n'atteint pas la portion du cul-de-sac qui correspond au col, cette portion se trouve cautérisée ultérieurement par suite de son contact avec la surface de cet organe déjà imbibée de solution caustique.

Sous l'influence de ce badigeonnage, l'inflammation subit d'abord un mouvement d'accroissement notable, la sécrétion muco-purulente augmente ; puis au bout de deux, trois, quatre, cinq, six heures, cet orage s'apaise, et les jours suivants l'amélioration commence à se dessiner. On réitère alors la cautérisation tous les cinq ou six jours avec le même caustique, jusqu'à ce que la marche rétrograde des phénomènes inflammatoires s'accuse nettement par la diminution de l'écoulement et les modifications favorables survenues dans sa nature. Ce résultat obtenu, on substitue à la solution concentrée une solution moins forte, et l'on ne pratique la cautérisation que tous les huit, dix ou douze jours. Dans l'intervalle des cautérisations, M. Nonat prescrit, s'il y a lieu, des cataplasmes sur l'hypogastre, des bains entiers ou des bains de siége, des injections fraîches ou émollientes, qui ont surtout pour but de débarrasser le vagin de tous les produits de sécrétion ou autres qu'il retient dans ses plis.

M. Nonat a rapporté sommairement, dans son *Traité des maladies de l'utérus*, une dizaine d'observations de vaginite à tous les degrés d'intensité, dans lesquelles on voit l'inflammation vaginale disparaître complétement après quatre, cinq, six cautérisations péri-cervicales en moyenne, et sept ou huit dans les cas intenses ou rebelles. Une de ces observations surtout est remarquable en ce que la vaginite était extrêmement intense, que douze cautérisations pratiquées à huit jours de distance par la méthode ordinaire n'avaient produit aucune diminution sensible des symptômes, et que sept cautérisations faites par la méthode indiquée ci-dessus ont amené la guérison complète de cette vaginite.

Ces diverses observations et celles recueillies postérieurement par M. Nonat permettent de conclure que les procédés ordinaires de cautérisation sont insuffisants dans un certain nombre de vaginites, par suite des lacunes que ces procédés laissent subsister sur la surface cautérisée, et que le meilleur moyen d'obvier à cette imperfection du traitement est de pratiquer avec soin la cautérisation péri-cervicale.

Il est un conseil que M. Nonat ne manque jamais de donner à propos de son mode de cautérisation : c'est de ne combattre la vaginite ni par les astringents, ni par les caustiques, dans les cas où l'inflammation vulvo-vaginale est compliquée d'une phlegmasie utérine ou péri-utérine. Avant d'attaquer la vaginite, il faut préalablement éliminer cette complication, si l'on ne veut voir survenir des accidents graves du côté de l'utérus ou de ses annexes. (*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

Strabisme convergent paralytique guéri par les antisyphilitiques. Un compositeur, âgé de trente ans, consulta M. Holt-

house pour un strabisme convergent de l'œil gauche. La vision de chaque œil était normale, mais elle devenait confuse lorsque tous les deux fonctionnaient simultanément. Mouvements des pupilles réguliers. On remarqua que la langue, en se tirant, était déviée à gauche, et que la moitié gauche de cet organe était atrophiée, sans diminution des sensibilités gustative et tactile : douleur constante dans la tête, et à la partie postérieure du cou. Cet état durait depuis huit mois.

M. Holthouse ayant reconnu dans ce malade un homme qu'il avait traité quelques mois auparavant pour une périostite syphilitique des deux tibias, pensa qu'il pouvait s'agir d'une tumeur intrà-crânienne de même nature, comprimant la sixième et la neuvième paire à leur origine. Il le soumit, en conséquence, à un traitement anti-syphilitique. L'effet en fut satisfaisant, mais très-lent. Commencé le 5 mars 1847, il donna immédiatement un résultat favorable sous le rapport de la cessation des douleurs. Mais le strabisme diminua moins rapidement. Cependant, le 12 juillet, cet homme pouvait ramener l'œil jusqu'au centre de l'orbite. Revu six ans après, le malade n'offrait plus aucune trace de déviation oculaire, et on ne pouvait qu'à peine constater une différence entre les deux moitiés de la langue. (*British medical journal*, 17 fév. 1866 et *Gaz. de Lyon.*)

Ligature de l'iliaque externe pour un éléphantiasis des Arabes. Une femme de trente-cinq ans, atteinte depuis huit ans de cette maladie au membre inférieur gauche, entra à l'hôpital de Guy. Après avoir employé différents remèdes, et après avoir surtout constaté que le repos au lit ne produisait qu'une amélioration incomplète et temporaire, M. Briant se décida à lier l'iliaque externe. L'opération fut faite, très-heureusement, le 31 octobre 1865. Quinze jours après, la diminution de volume du membre était déjà très-prononcée. Elle n'a fait qu'augmenter depuis lors. Le 6 février 1866, la jambe, qui, avant l'opération, mesurait une circonférence de 17 pouces anglais au genou et de 22 au mollet, n'en a plus que 14 au genou et 16 au mollet. Les mesures comparatives du membre droit, sain, sont de 14 pouces au genou et 14 au mollet.

Au même moment, deux sujets éléphantiasiques se trouvent à l'hôpital Saint-Georges et à l'hôpital Saint-Barthélemy. M. Holmes et M. Smith se proposent aussi de leur pratiquer la ligature de l'artère principale du membre. Mais les malades n'ont pas encore consenti à accepter l'opération. (*The Lancet*, 6 fév. 1866.)

Hernie de l'iris. Réduction au moyen de la fève de Calabar. Le 9 mars, dit le docteur Martin, je fus consulté par Amélie E***, âgée de vingt ans. Depuis deux jours, elle se plaint de douleurs intenses dans l'œil gauche et dans toute la région circumorbitaire. Ces douleurs ont apparu tout d'un coup et avec tant de violence, que la malade ne put avoir un moment de repos. L'œil est saillant, avec une injection sous-conjonctivale très-marquée et un abondant épiphora. Le champ visuel a un reflet grisâtre, qui donne à l'œil un aspect étrange; la pupille est fortement dilatée et immobile. L'iris est poussé en avant, et le globe a une dureté pierreuse caractéristique; la malade ne voit d'ailleurs que l'ombre des corps qui se meuvent devant elle. En interrogeant la malade, j'apprends que, trois mois auparavant, elle avait eu de semblables douleurs avec sensations lumineuses qui ont laissé après elles l'œil affaibli et le champ visuel très-rétréci. Le diagnostic était clair; mais, à cause de l'extrême sensibilité de l'œil, je ne pus pratiquer l'ophthalmoscopie. Je proposai l'iridectomie, et je la pratiquai le 11 mars. Le premier temps de l'opération fut très-facile, bien que la chambre antérieure fût très-étroite. L'eau coula lentement, et en retirant le couteau, je pus agrandir la plaie de 8 à 10 millimètres. J'excisai ensuite une large portion d'iris à la partie externe jusqu'au bord ciliaire, je fis l'occlusion de l'œil avec du taffetas gommé. Quatre jours après, j'enlevai l'appareil : la vue était bonne, mais la malade éprouvait la sensation de sable sous la paupière, déterminée par une hernie de l'iris grosse comme une tête d'épingle. Quelques disques gélatineux de fève de Calabar réduisirent entièrement la hernie, et, le 18 mars, la guérison était complète. (*Journal d'ophthalmologie italienne.*)

Rétrécissement de l'œsophage produit par l'acide sulfurique, et guéri par la dila-

tation après avoir duré plus de trente ans. L'histoire de cette guérison est rapportée par M. Stead en grands détails. Le malade, étant âgé de trois ans, avait bu de l'acide sulfurique mêlé à un peu d'eau. L'empoisonnement fut combattu à temps : l'enfant fut sauvé, mais désormais la déglutition resta imparfaite.

L'illustre Brodie, qui vit le malade âgé de quatorze ans, reconnut qu'il s'agissait d'un rétrécissement organique de l'œsophage au niveau du cartilage cricoïde; mais, ne pouvant y faire passer une bougie, il considéra le cas comme incurable, et conseilla au malade de s'astreindre à un régime composé d'aliments liquides ou semi-liquides. A l'âge de trente-trois ans, le malade avait une très-mauvaise santé : il s'adressa au docteur Blunt, de Manchester. Après des tentatives répétées, mais infructueuses pendant l'espace d'un mois, on réussit à surmonter l'obstacle ; mais la dilatation dut être continuée pendant plus d'une année. Enfin, la persévérence du malade et du chirurgien fut couronnée de succès, et on réussit à faire passer à travers le rétrécissement une bougie d'un demi pouce de diamètre, alors que la première qui franchit l'obstacle n'avait qu'un sixième de pouce de diamètre. Le malade guérit parfaitement de la dysphagie, et put reprendre l'usage de toute espèce d'aliments. Au bout de trois mois il était rétabli, de façon à n'être plus reconnaissable. (*L'Imparziale.*)

L'arsenic contre la syphilis. Dans l'*Escholiaste medico*, de Lisbonne, n° 150, sont rapportés deux faits qui méritent toute l'attention. Deux militaires étaient atteints d'une syphilide pustuleuse très-évidente, et ayant succédé à des accidents primitifs, pendant plusieurs mois, toutes les préparations mercurielles et l'iodure de potassium furent inutilement employés; et, au moyen de l'acide arsénieux, à la dose de 2 milligrammes par jour, les eruütus se desséchèrent promptement, les ulcères se cicatrisèrent, et la guérison ne tarda pas à s'établir.

Stomatoscopie. Nous avons assisté, il y a quelques jours, à une expérience très curieuse de stomatoscopie, dont M. Jules Bruck, dentiste à Breslau, a bien voulu nous rendre témoin. A l'aide d'un appareil particulier d'éclairage électrique, on peut voir par transparence et avec la plus grande netteté la couronne et les racines dentaires. Voici en quoi consiste cet appareil.

La source lumineuse du stomatoscope de M. Bruck, c'est la pile galvanocaustique à deux éléments du professeur Middeldorpff, aux fils conducteurs de laquelle se visse le manche de l'armature ou bougie électrique, laquelle consiste en un miroir concave en maillechort ou en argent, d'un demi-pouce de diamètre, représentant assez bien la forme d'un dé à coudre, et au foyer duquel se trouve adapté le fil de platine en spirale, mis en communication avec les fils conducteurs renfermés dans le manche. Le miroir est enveloppé d'une capsule en bois poli qui dépasse son rebord, afin d'empêcher que la chaleur rayonnante ne brûle les parties de la bouche avec lesquelles il doit être mis en contact.

Une plaque formant la bouche fait de cette cavité une chambre obscure.

Diverses modifications dont il serait superflu de donner en ce moment les détails, permettent d'adapter facilement la partie éclairante de cet appareil aux diverses parties de la bouche, aux gencives, à la face interne des joues, au voile du palais, à l'isthme du gosier, et enfin au larynx lui-même, à l'aide du réflecteur laryngoscopique.

Nous avons pu voir ainsi avec la plus grande facilité ces diverses parties sur l'expérimentateur lui-même, qui a bien voulu se prêter à ce genre d'exploration. Toutes les parties cachées des dents, notamment leur couronne et leurs racines, sont vues par transparence, avec une netteté telle, que la plus légère altération ne saurait échapper à cet examen.

Il y a là évidemment pour l'art dentaire une précieuse ressource de diagnostic qui ne peut manquer de concourir au perfectionnement de cette branche utile de la chirurgie. (*Gaz. des hôpitaux.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Cathéter conducteur. M. Aug. Mercier a présenté un nouveau cathéter conducteur propre à faciliter la pratique des diverses tailles périnéales.

Un des temps les plus longs et sou-

vent des plus difficiles des tailles périnéales est celui qui a pour but d'ouvrir la région membraneuse de l'urèthre au-dessus du bulbe qu'il importe tant de respecter. On a beau conseiller d'employer un cathéter cannelé aussi volumineux que possible, il n'est pas toujours facile, surtout chez les personnes grasses, comme le sont beaucoup de calculeux, de l'aller rechercher dans une partie où il fuit derrière la symphyse pubienne pour gagner la vessie, et où il devient presque perpendiculaire à la surface du périnée. Et puis, chez les enfants, on ne peut employer un cathéter volumineux.

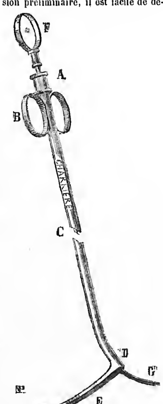
Un autre défaut du cathéter généralement employé, c'est que, pour le rendre plus facile à trouver par le périnée, on lui donne une courbure assez forte, qui fait que, pour peu qu'on abaisse son extrémité externe, afin de conduire dans la vessie l'instrument tranchant destiné à diviser les parties profondes, son extrémité externe se relève tellement vers la paroi antérieure du réservoir urinaire, qu'on n'est plus, à moins de très-grandes précautions, arrêté par le cul-de-sac de la cannelure.

M. Mercier a remédié à ces inconvénients à l'aide d'un conducteur nouveau. Cet instrument se compose de deux pièces : l'une, principale, qui est externe ; l'autre, complémentaire, qui est interne et forme un stylet analogue à celui de la sonde à dard de frère Côme pour la taille hypogastrique.

On peut distinguer dans la première deux portions : l'une AD, qui a 25 centimètres, ressemble, pour la courbure, à une longue sonde de femme ; puis elle se recourbe brusquement, à angle presque droit, en sens inverse. Cette seconde portion DE, longue de 8 centimètres, n'a qu'une très-légère inflexion, excepté près du bec qui se termine par un renflement. Cette dernière portion est creusée sur le dos d'une large et profonde cannelure, depuis son origine jusqu'à 15 millimètres du bec, cannelure formant cul-de sac à chaque extrémité. Cette pièce est munie de deux anneaux à son extrémité externe, et, dans sa première portion, elle est creusée d'un canal.

La seconde pièce FG, logée dans ce canal, présente un stylet ou dard long de 30 centimètres, terminé extérieurement par un anneau F courbe, mais élastique, et cannelé. Elle est sur le dos dans les 10 centimètres qui aboutissent à la pointe G.

On comprend que quand cet instrument a été introduit dans l'urèthre, le dard caché dans sa gaîne, d'une part le talon est facile non-seulement à sentir, mais à voir au périnée, et que, d'autre part, quand on a fait l'incision préliminaire, il est facile de dé-



placer le bulbe, de faire saillir le dard au-dessus et de diriger sur sa cannelure un bistouri droit qui arrive alors directement dans la cannelure principale. L'opération se termine enfin comme avec un cathéter ordinaire; seulement, comme cette cannelure principale est presque droite, on n'est pas exposé à en sortir et à se fourvoyer. (*Acad. de médecine.*)

Sur l'emploi de l'alcool dans la coqueluche. C'est en considérant, chez les phthisiques, les

quintes de toux suivies de vomissements comme des phénomènes réflexes à point de départ gastrique, que M. Tripier s'est trouvé autrefois conduit à introduire les liqueurs alcooliques dans le régime de ces malades. Bien que la relation qui, chez les sujets atteints de coqueluche, existe entre les quintes de toux, l'expectoration et les convulsions de l'estomac, soit plus difficile à définir, il existe entre ces quintes de toux et celles des phthisiques, au début de la digestion, une similitude d'aspect qui l'a conduit à essayer du même moyen. Une cuillerée d'eau-de-vie pure, ou chez les enfants, étendue de son volume d'eau et sucrée, étant administrée à la fin du repas du soir, permet ordinairement aux malades de garder celui-ci, et suffit pour leur procurer une nuit calme. Une amélioration sensible de l'état général suit de près cette substitution d'une petite dose de grog aux tisanes habituelles.

Dans ce cas, pas plus que dans celui de la phthisie, il ne faut considérer l'alcool comme un spécifique capable de procurer directement la guérison, mais seulement comme un adjuvant utile en ce qu'il place l'organisme dans de bonnes conditions pour attendre la guérison, soit des ressources de la nature, soit des médicaments dont l'influence s'adresse plus immédiatement à l'état organopathique. (*Académie des sciences.*)

VARIÉTÉS.

La trichine et les trichinoses.

... L'horreur qu'inspirait aux juifs l'usage de la viande de porc est tous les jours justifiée par les nouvelles conquêtes de la science. L'inobservance de la loi mosaïque déterminait chez eux les plus hideuses maladies, elle en occasionne chez nous de mortelles. Nous ne citerons que pour mémoire le *tænia* ou ver solitaire, pour ne parler que d'un petit ver microscopique, la *trichine*, qui produit actuellement en Suède les plus grands ravages sur plusieurs races d'animaux et décime en ce moment la population d'un village situé près de Magdebourg.

Ce petit helminthe, spécialement propre au cochon, peut affecter presque tous les animaux carnivores et omnivores; l'homme, par conséquent. Chaque année, les annales médicales d'outre-Rhin enregistrent de nombreux cas de mort produits par ce ver, et nous ne sommes pas éloigné de croire que, si nous n'en signalons pas plus souvent chez nous la présence, c'est que nous ne le recherchons pas et que nous rapportons à des affections purement gastriques, nerveuses ou rhumatismales, de véritables cas de trichinose.

La trichine, dont le nom rappelle la ténuité extrême, est un ver microscopique de un demi, un, un et demi et même quelquefois deux millimètres de longueur, qui vit à l'état de larve dans le tissu musculaire des animaux, et ne devient adulte, apte à se reproduire, que dans leurs intestins.

Parvenue à son entier développement, la trichine offre l'aspect d'une anguillule dont l'extrémité antérieure, effilée, correspond à l'ouverture buccale, et dont le bout terminal est arrondi, légèrement renflé. Entre les deux extrémités s'étend l'œsophage, entouré de tissu cellulaire dans une partie de son étendue, et auquel fait suite le canal intestinal terminé par l'anus. La femelle présente à sa partie postérieure une cavité à plusieurs renflements qui se continue en avant avec un long tube dont l'extrémité antérieure, située dans le voisinage de la tête, est ouverte au dehors et correspond à l'orifice valvulaire. Ce tube contient les œufs d'abord, puis ensuite les petits, vivant au nombre de plusieurs centaines. Les trichines sont donc vivipares et très-fortement multipares. Le mâle est de moitié moins long que la femelle, possède à son intérieur l'appareil séminal, et présente en arrière deux petites saillies en forme d'opercules.

Très-peu de temps après l'accouplement, une semaine environ, des centaines de jeunes trichines sont émises par chaque mère et se meuvent dans le mucus intestinal.

Mais ces embryons ne se développent pas dans l'intestin où ils sont nés; perforant les tuniques qui le composent, ils cheminent dans l'organisme sous forme de fils allongés, invisibles à l'œil nu, et atteignent les muscles volontaires, leur habitat spécial.

Arrivés là, ils déplacent les fibrilles musculaires, qu'ils attaquent pour s'en nourrir, irritent les parties environnantes, dont ils augmentent la densité, et

s'enroulent alors en spirale, comme un ressort de montre, dans le kyste ainsi formé autour d'eux. De là leur est venu le nom de *trichina spiralis*. Peu à peu la paroi de ce nid, qui est d'abord molle et transparente, s'incruste de calcaires, devient opaque et constitue à l'animal une véritable prison, une capsule blanchâtre, solide, qui est alors visible à l'œil nu. Il n'est pas rare de voir deux trichines renfermées dans le même kyste.

Ces trichines enkystées, bien que développées énormément, si nous les comparons à ce qu'elles étaient à leur sortie de l'intestin, ne sont encore que des larves et resteront dans cet état jusqu'à ce que, un hasard faisant des trichines intestinales, leur capsule soit détruite, leur liberté recouvrée et leurs organes sexuels développés.

Pour que ce hasard arrive, il ne faut rien moins que cette condition, c'est que l'animal ainsi trichiné soit mangé par un autre, et que ses muscles, avec leurs hôtes, soient introduits dans l'intestin de ce dernier; sans cette condition, les trichines ne subissent aucune métamorphose, et jusqu'à leur mort restent à l'état de larves.

Ainsi enkysté, l'animal peut vivre fort longtemps dans sa capsule, tandis que, parvenu dans un intestin, il arrive rapidement à l'état adulte, s'accouple, dépose dans le muscle intestinal des générations infinies d'êtres semblables à lui, et meurt enfin, tout cela en quelques semaines seulement.

Pour nous résumer : les trichines sexuées habitent l'intestin et ne parviennent jamais dans les muscles; leurs petits seuls y pénètrent, s'y développent, mais ne s'y multiplient pas. Par là se trouve justifiée la division des trichines en *musculaires* et *intestinales*.

L'anatomiste anglais Hilton paraît être le premier qui ait observé les kystes à trichine, mais il ne vit pas l'animaleule, dont la découverte date de 1835 et revient tout entière à R. Owen. Il y a cinq ans seulement, Zenker, de Dresde, rencontra des trichines non enkystées, et Herbst, de Gœttingen, fut le premier à constater la présence de ces helminthes microscopiques dans la chair des animaux nourris avec de la viande trichinée. Enfin, pour rendre à chacun ce qui lui revient, signalons les importantes recherches de MM. Zenker, Fœrster, Virchow, Leuckart et Gerlach, qui nous ont révélé la véritable nature, l'anatomie et les mœurs de ces animaux.

Mais, comme la science se compose non-seulement des vérités du jour, mais aussi des erreurs de la veille, nous devons, ne fût-ce que pour en constater la fausseté, rappeler l'hypothèse fort ingénieuse émise sur la nature des trichines par un savant très-distingué, M. Küchenmeister.

La trichine, selon lui, ne serait que la larve, l'état embryonnaire d'un autre ver, le *trichocéphale*, que l'on rencontre souvent en grande abondance dans l'intestin de l'homme, et qui la représenterait à son état de complet développement.

Cette théorie, que semblèrent confirmer d'abord les expériences de Leuckart en 1859, tomba complètement devant celles qu'entreprit de nouveau cet observateur avec le professeur Virchow, aujourd'hui à la tête du mouvement scientifique en Allemagne.

Ces savants arrivèrent à conclure, ainsi qu'il a été dit plus haut, à la métamorphose, non plus de la trichine musculaire en trichocéphale, mais de cette première, asexuée, en trichine intestinale pourvue d'organes générateurs...

De 1835, époque de la découverte des trichines, à 1860, les savants exclusivement occupés de l'histoire de ces helminthes les regardaient comme étant tout à fait inoffensifs, lorsque Zenker eut l'occasion d'observer à Dresde une véritable épidémie causée par l'usage d'un seul porc abattu dans une ferme. Plusieurs personnes tombèrent malades; une servante mourut, et son cadavre fut, ainsi que celui du porc, trouvé farci de trichines.

Mais ce cas n'est malheureusement pas le seul que nous ayons à signaler, et il nous suffira, pour en convaincre le lecteur, de lui rappeler, parmi les épidémies de trichine que les annales médicales ont déjà enregistrées, celles de Corback, de Plauen, de Calhe, de Rugen, de Quedlinbourg, de Magdebourg, de Burgk et de Weimar; enfin, celle de Hottstedt, pendant laquelle cent cinquante personnes tombèrent malades, vingt au moins moururent, et l'épidémie actuelle, dans laquelle plus de deux cents sujets ont déjà été atteints, plus de vingt avaient déjà succombé le 2 de ce mois, et plus de quarante sont aujourd'hui morts à la suite d'horribles souffrances.

Toutefois, si les trichines, à l'état de liberté dans les muscles, font courir un

si grave danger à celui qui en est atteint, elles deviennent, paraît-il, inoffensives pour lui après leur enkystement. Si donc l'homme ou l'animal ne succombe pas avant la formation du kyste, qui met environ deux mois à se produire, il est hors de danger.

Les symptômes de la trichinose n'ont rien de bien caractéristique et simulent le plus souvent des affections rhumatismales ou gastriques, ou encore des paralysies, parmi lesquelles celle des muscles respirateurs est la plus à redouter.

Si nous lisons attentivement les observations de Waller, de Groth, de Bœhler et de Virchow, nous voyons que les lésions se font surtout remarquer dans l'estomac, les intestins et les muscles.

La maladie débute ordinairement par des symptômes typhoïdes : malaise général, fatigue, céphalalgie, fièvre intense, soif, anorexie, ballonnement du ventre; surviennent alors des douleurs musculaires et parfois des paralysies des membres, des douleurs articulaires avec tuméfaction des articulations, de l'œdème de la face et des jambes, de l'injection des yeux; des coliques, de la diarrhée ou de la constipation, des vomissements. L'intelligence, d'abord libre, finit par se troubler; le pouls, d'abord fort et fréquent, diminue; enfin la mort vient clore ce cortège de symptômes, et l'autopsie révèle dans les muscles la présence de trichines ordinairement libres et vivantes.

Les symptômes de la trichinose sont donc assez peu significatifs; c'est pourquoi les médecins emploient, pour affirmer le diagnostic, un instrument fort ingénieux : il consiste en une espèce de petit harpon, que l'on introduit dans les chairs des individus soupçonnés de trichinose, et à l'aide duquel on extrait quelques fibrilles musculaires, qu'on peut ensuite soumettre à l'examen microscopique.

La cause de cette maladie est, chez l'homme, tout entière dans l'usage que nous faisons de la viande de porc, crue ou incomplètement cuite. Tous les animaux ne semblent pas, en effet, aptes à se trichiner; Virchow a, sans résultat, essayé d'obtenir des trichines musculaires chez des chiens, des moutons, des bœufs et des pigeons, auxquels il avait fait avaler des trichines, bien que souvent il ait vu ces dernières se développer dans leurs intestins.

Comme il n'existe aucun spécifique sérieux contre la trichinose, et que le traitement se résume, lorsqu'on est prévenu à temps, à faire évacuer, si faire se peut, les trichines mères par des vomissements et des purgatifs énergiques, il est de la plus haute importance de répandre dans le public les moyens préservatifs de cette terrible maladie. Ils sont fort simples et se réduisent à deux : « Faire cuire suffisamment la viande de porc, afin de tuer les trichines qu'elle peut contenir, ou en faire un examen microscopique rigoureux avant de la livrer à la consommation. »

Il faut une cuisson prolongée pour détruire les trichines ; les expériences de Küchenmeister, de Haubner et de Leisering ont démontré que, si ces animalcules périssent par une longue salaison de la viande et par une fumigation chaude de vingt-quatre heures, ils supportent parfaitement une fumigation froide de trois jours, et ne périssent pas sûrement par une cuisson de peu de durée de la viande dans l'eau bouillante. Ils peuvent être exposés impunément à une température de 50 degrés centigrades et résistent assez longtemps à 62 ou 65 degrés.

« C'est surtout à l'hygiène publique, dit la *Gazette des hôpitaux*, c'est au zèle intelligent et prévoyant des conseils de salubrité, qu'il importe de prévenir le développement de ce mal redoutable, et c'est à leur surveillance active que nous devons peut-être chez nous le rare privilège d'avoir échappé à cette singulière maladie. »

Cela est vrai, nous voulons le croire du moins; toutefois, nous voudrions, et en cela nous joignons notre voix à celles de MM. Virchow et Onimus, nous voudrions voir établir un microscope dans chaque abattoir et ne voir permettre la vente des viandes de porc qu'après un scrupuleux examen. Nous sommes en cela moins exigeant que le docteur Bock, qui voudrait voir dans chaque ménage un microscope domestique, et la jeune fille ravir chaque jour quelques instants aux agréments de sa toilette pour les consacrer à quelque chose d'une plus réelle utilité. « Un jour viendra, dit Newton, où un microscope sera entre les mains de tout homme instruit. » Le microscope, en effet, est un des instruments les plus puissants de civilisation ; il crée à notre intelligence comme à notre vie pratique les plus grandes jouissances et les plus grands avantages.

Les précautions précédentes sembleront peut-être exagérées à quelques uns; le Français est habitué à vaincre le danger, il ne cherche jamais à l'éviter; toutefois, devant un jambon, il doit avoir toujours présente à l'esprit cette vérité importante : Quiconque mange des trichines est à son tour mangé par elles !

S'il est vrai que tous les muscles du porc peuvent être trichinés, il est parfaitement reconnu aussi que le diaphragme et les muscles du cou et des mâchoires sont des lieux de prédilection; rien n'est donc plus facile que de se rendre, en quelques instants, un compte exact de l'état sain ou pathologique d'un grand nombre d'animaux. Et, dans tous les cas, devons-nous calculer un temps aussi utilement employé quand nous savons qu'il suffit d'un animal malade, d'un seul, pour vouer à la maladie ou à la mort un quartier de ville tout entier? L'épidémie actuelle a été causée par l'usage de la viande de deux porcs tués par un boucher dans un village situé à une petite distance de Magdebourg. On compte au moins deux cents petits par chaque trichine mère (Gerlach en admet le double et Leuckart un mille) : il suffit donc de cinq mille femelles pour engendrer, au minimum, un million de jeunes, et ces cinq mille femelles peuvent, ainsi que le fait justement remarquer Virchow, se trouver dans quelques bouchées de viande.

Il se peut que la trichinose soit une maladie fort rare chez nous; je ne voudrais pas cependant garantir le fait, les symptômes qu'elle détermine n'étant pas caractéristiques, et des apparences trompeuses pouvant induire en erreur; mais l'introduction en France de la charcuterie d'Allemagne est aujourd'hui fort importante; la consommation du jambon cru devient, à Paris notamment, de jour en jour plus considérable, et les jambons de Westphalie sont de plus en plus goûtés parmi nous.

Enfin, si la question des trichines offre un si grand intérêt au point de vue de l'hygiène publique, nous devons également signaler à l'autorité tout ce qu'elle a d'important au point de vue de la médecine légale.

D[r] Georges PENNETIER. (*Union médicale.*)

Séance annuelle de l'Académie des sciences.

Lundi dernier, 5 mars, l'Académie a tenu sa séance solennelle, sous la présidence de M. Decaisne.

M. Coste a prononcé l'éloge du naturaliste Dutrochet, et M. le secrétaire perpétuel a proclamé les noms des lauréats.

La commission de statistique a décerné :

1° Le prix de 1865 à M le docteur Chenu, pour son excellent *Rapport sur les résultats du service médico-chirurgical pendant la campagne d'Orient;*

2° Une mention très-honorable à M. le docteur Poulet, pour son *Mémoire sur le goitre à Plancher-les-Mines ;*

3° Une mention honorable à M. Sistach, pour ses *Études statistiques sur les varices et le varicocèle;*

4° Une mention honorable à M. Saint-Pierre, pour son ouvrage intitulé : *L'industrie du département de l'Hérault.*

Le concours pour le prix Bodin de 1865 (question laissée au choix des concurrents, et relative à la théorie des phénomènes optiques) est déclaré terminé. Une récompense de 1,500 francs est accordée à M. Janssen, et une de 1,000 francs à M. Soleil.

Le grand prix des sciences physiques (anatomie comparée du système nerveux des poissons) est partagé entre M. Baudelot, à qui est attribuée une somme de 2,000 francs, et M. Hollard, qui reçoit 1,000 francs.

Un autre grand prix des sciences physiques a été décerné à M. Alphonse Milne-Edwards. Le mémoire qu'il a envoyé est intitulé : *Recherches d'anatomie comparée et de paléontologie, pour servir à l'histoire de la forme ornithologique française aux époques tertiaires et quaternaires.*

Les expériences de M. Bert sur la greffe animale ont valu à leur auteur le prix de physiologie expérimentale; et l'ouvrage intitulé : *De l'action des poisons sur les plantes*, a valu à feu le docteur Réveil une mention très-honorable. Cet ouvrage sera inséré dans le *Recueil des savants étrangers.*

La commission des prix de médecine et de chirurgie a décerné :

1° Un prix de 2,500 francs à M. Vanzetti, de Padoue, pour le traitement des anévrysmes par la compression digitale;

2° Un prix de 2,500 francs à MM. Chauveau, Viennois et Paul Meynet, pour avoir déterminé la nature des relations pouvant exister entre la vaccine et la variole;

3° Un prix de 2,500 francs à M. Luys, pour la partie pathologique d'un ouvrage intitulé : *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies*;

4° Une mention honorable (avec 1,500 francs) à M. Sucquet, pour un travail intitulé : *D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme*;

5° Une mention honorable de même valeur à M. Legrand du Saulle, pour un ouvrage intitulé : *La folie devant les tribunaux*;

6° Une mention honorable de même valeur à M. Désormeaux, pour son invention de l'*endoscope*;

7° Une citation très-honorable à MM. Stœber et Tourdes, pour un ouvrage sous ce titre : *Topographie et histoire médicale de Strasbourg et du département du Bas-Rhin*;

8° Pareille citation est accordée à M. le docteur Moura, pour un instrument imaginé par lui et servant à lier les polypes du larynx.

La commission des arts insalubres a décerné :

1° Un prix do 2,500 francs à M. Auguste Achard, ingénieur, pour son frein électrique à embrayage;

2° Une récompense de 1,000 francs à M. Chantrou, inventeur d'un appareil de filtrage à éponges;

3° Un encouragement de 500 francs à M. Gallibert, pour un appareil respiratoire consistant en un réservoir à parois flexibles et inflexibles, et qui contient assez d'air pour entretenir la respiration du porteur pendant dix à quinze minutes.

La commission du prix Bréant n'a pas, cette année plus que les autres, décerné le fameux prix de 100,000 francs, mais elle a accordé une somme de 2,500 francs à M. Davaine pour ses travaux sur les bactéridies; elle a mentionné les noms de MM. les docteurs J. Worms et Pellarin. Puis elle a accordé à M. Grimaud, de Caux, une indemnité de 4,000 francs « pour l'acte de dévouement spontané qu'il a accompli en allant à Marseille étudier le choléra au plus fort de l'épidémie. Par cet encouragement, l'Académie signale et récompense, autant qu'il est en elle, le courage réfléchi et l'esprit scientifique sous l'influence desquels il a accompli son œuvre. »

Le prix Barbier, de 2,000 francs, a été partagé entre MM. Baillet et Filhol, d'une part, pour leurs *Études sur l'ivraie enivrante*, et MM. Vée et Leven, d'autre part, pour leurs *Recherches chimiques et physiologiques sur un alcaloïde extrait de la fève de Calabar*. En outre, une mention honorable a été accordée au docteur René de Grosourdy, pour son ouvrage intitulé : *Le médecin botanique créole*.

M. Hélie, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine à Nantes, a obtenu le prix Godard de 1,000 francs pour ses recherches sur la structure musculeuse de l'utérus.

Une mention honorable a été accordée au mémoire de M. Brouardel, relatif aux affections tuberculeuses des organes génitaux de la femme.

Par décret en date du 5 février 1866, M. Sèvez, médecin de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 17 février, ont été nommés officiers d'Académie :

M. Denis, professeur adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen,

Et M. Chancerel, professeur suppléant à ladite école.

Nécrologie. — M. Jules Le Cœur, docteur en médecine et docteur en chirurgie, professeur à l'Ecole de médecine de Caen, chirurgien adjoint des hôpitaux, médecin des épidémies, secrétaire du Conseil d'hygiène, conservateur du dépôt de vaccin, médecin du dispensaire, membre de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Caen, de la Société de médecine, et de plusieurs Sociétés savantes, etc., est décédé en son domicile, le 23 février 1866, dans sa cinquante-huitième année.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'emploi de la digitale à haute dose dans le traitement de la pneumonie.

Par T. Gallard, médecin de la Pitié, etc.

Si l'idée d'employer la digitale à haute dose dans le traitement de la pneumonie n'est pas neuve, puisqu'elle a été pour la première fois appliquée par Rasori qui avait reconnu les propriétés contrastimulantes de ce médicament, on ne saurait nier qu'elle a été singulièrement rajeunie par M. le docteur Duclos (de Tours). Notre savant et distingué confrère, dirigé par des vues théoriques et par de nombreuses expériences qu'il avait instituées avec ce précieux agent thérapeutique, plus encore que par le souvenir des tentatives anciennes de Rasori et de Tommassini, a entrepris une série de recherches qui l'ont conduit à affirmer l'efficacité de la digitale dans la pneumonie aiguë; conclusion également formulée par M. Hirtz[1]. La concordance des résultats obtenus par ces deux expérimentateurs n'a pas eu sur la thérapeutique de la pneumonie l'effet qu'on en devait attendre, car l'usage de ce traitement s'est fort peu généralisé depuis qu'ils l'ont préconisé. C'est ainsi que, dans la deuxième édition de son *Traité de la pneumonie* publiée en 1864, M. le professeur Grisolle a pu dire, que si la digitale est un médicament à ne point proscrire du traitement de la pneumonie et que si on en comprend l'utilité, celle-ci n'est pas rigoureusement établie. Faut-il expliquer cette indifférence ou ce dédain par la tendance si marquée de la pneumonie vers une guérison spontanée, par la multiplicité des moyens thérapeutiques dont le praticien dispose pour la combattre, par l'association de divers autres agents thérapeutiques ajoutés à la digitale dans les faits publiés par M. Duclos? je ne le pense pas. A mon avis, si les praticiens ont négligé, comme ils l'ont fait, de recourir à ce moyen thérapeutique, c'est que son emploi ne reposait pas sur des indications suffisamment rigoureuses et précises. On l'avait conseillé dans toutes les pneumonies aiguës indistinctement ; dès lors, il n'y avait aucune raison de le préférer aux autres agents thérapeutiques, dont l'efficacité était mieux connue; aussi, comme l'a fait M. Grisolle, on ne songeait à l'adminis-

[1] Voir *Bullet. gén. de Thérap.*, t. LI et LXII.

trer qu'à titre de pis aller dans les cas où la maladie avait résisté aux émissions sanguines et aux antimoniaux.

J'ai tenu à procéder d'une façon toute différente; et, au lieu de m'évertuer à chercher une formule unique de traitement applicable à toutes les pneumonies sans distinction, je me suis efforcé de déterminer d'après la forme et la marche de la maladie, d'après l'intensité et l'ordre de succession des symptômes, d'après l'état des forces et de la constitution des malades, quel traitement il convient d'ordonner dans chaque cas particulier; ce qui m'a conduit à penser que dans la pneumonie, comme du reste dans beaucoup d'autres maladies, les traitements les plus divers et les plus opposés en apparence peuvent non-seulement compter des succès, mais trouver des applications particulières, dans lesquelles chacun d'eux sera plus spécialement avantageux. Le difficile et l'essentiel est de bien saisir les indications propres à chaque cas. En ce qui concerne la pneumonie, ces indications sont assez faciles à poser, et il n'est pas rare de voir, dans la même salle d'hôpital, le même médecin soumettre un pneumonique à des émissions sanguines répétées, tandis qu'il donnera de l'émétique au suivant et qu'il prescrira du quinquina et du vin, voire même de l'eau-de-vie à un troisième, sans parler des vésicatoires qui pourront être appliqués à d'autres.

Comment la digitale peut-elle trouver place au milieu d'une thérapeutique aussi riche et aussi variée? Si l'on veut bien songer à l'action physiologique de ce médicament, on comprendra qu'il peut être d'un précieux secours dans les cas où la réaction fébrile, étant très-intense, semble commander l'emploi des antiphlogistiques, alors que la débilité du sujet et surtout l'état de dépression dans lequel il est tombé depuis le début de la maladie sembleraient, au contraire, réclamer l'usage des stimulants et des toniques. Ces cas ne sont pas extrêmement rares dans la pratique; ils correspondent assez bien à la forme de phlegmasie pulmonaire que l'on a décrite sous le nom de *pneumonie typhoïde*, et ce sont ceux dans lesquels la digitale m'a paru le mieux réussir.

Je puis citer comme exemple le fait suivant, récemment observé dans mon service de l'hôpital de la Pitié.

Obs[1]. Michel T***, dix-neuf ans, garçon maçon, entré à l'hôpital de la Pitié le 8 février 1866, est couché au numéro 32 de la salle Saint-Michel, service de M. Gallard. Cet individu, d'une bonne constitution, n'a jamais été malade; il habite Paris depuis un an.

(1) Recueillie par M. Leroy, interne du service.

Il y a un mois, après un refroidissement, il se mit à tousser; ses crachats peu nombreux étaient blanchâtres. Le rhume a duré pendant tout le mois de janvier.

Le 4 février, à la suite d'excès alcooliques, il eut un refroidissement; dès le lendemain, malaise, perte d'appétit, soif, frissons avec claquements des dents; céphalalgie frontale vive; douleur dans le côté droit siégeant au niveau du rebord des fausses côtes, toux sans expectoration. Le malade resta quelques jours dans sa chambre; puis, voyant que son état s'aggravait, il se décida à entrer à l'hôpital. N'oublions pas de noter que l'avant-veille il avait eu deux épistaxis.

Etat actuel le 9 février, à la visite du matin. — La figure exprime la souffrance et l'abattement, il y a une légère teinte subictérique de la peau avec un peu de rougeur des pommettes; les yeux sont brillants; les narines pulvérulentes; la peau chaude et sèche. Le malade peut se coucher sur le dos ou le côté gauche, mais jamais sur le côté droit. Le pouls, facilement dépressible, bat 108 fois par minute. Céphalalgie frontale violente. Insomnie; rêvasseries. Langue humide et blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe. Soif. Constipation. Pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite; pas de ballonnement du ventre. Peu de toux, pas de crachats. Douleur vive dans le côté droit augmentant par la pression et la toux. 40 inspirations par minute.

A la percussion, matité absolue dans toute la partie inférieure du côté droit de la poitrine en arrière, à partir de l'épine de l'omoplate; rien en avant. Les vibrations thoraciques sont augmentées au niveau de la matité. A l'auscultation, souffle bronchique dans toute la partie mate; quelques bouffées de râle crépitant à la base. Bronchophonie.

Traitement. — Gomme sucrée. Julep avec 25 centigrammes de tartre stibié. Bouillons. Un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.

10 février. — Le malade a vomi quatre fois et a eu plusieurs garde-robes. L'état général n'est pas amélioré. Il y a de l'affaissement avec dépression notable des forces. Une épistaxis la nuit. Mêmes signes physiques. 108 pulsations. Pouls mou, dépressible.

Traitement. — Poudre de digitale, $0^{gr},20$, en quatre paquets à prendre chaque deux heures. Julep avec 4 grammes d'eau de laurier-cerise.

11 février. — Même état général. Le souffle a augmenté en éten-

due; à la base du poumon droit, râle crépitant abondant. Pas de crachats. 90 pulsations. (Même traitement.)

12 février. — Etat général meilleur, moins d'affaissement. Le malade se meut plus librement pour se prêter à notre examen. Sa voix est plus forte et plus assurée. Le souffle est mélangé de râle crépitant de retour. Pouls à 60 pulsations.

Traitement. — On supprime la digitale. Julep avec eau de laurier-cerise 4 grammes.

13 février. — Mêmes signes physiques. Le malade se trouve mieux. 55 pulsations.

Même prescription. — Bouillons et potages.

14 février. — Le souffle a presque complétement disparu; râles crépitants. 55 pulsations. (Même traitement.)

15 février. — Le malade va bien, plus de souffle; quelques râles crépitants et sous-crépitants. 55 pulsations. (Même traitement. — Un œuf.)

16 février. — La respiration est encore mélangée de quelques râles. Etat général très-bon. Pouls à 55. (Une portion d'aliments.)

17 février. — Le malade est guéri. Il reste à droite un peu de rudesse de la respiration. Le pouls est à 55. Les jours suivants, la guérison se consolide et le malade est envoyé en convalescence à l'asile de Vincennes.

Dans l'observation qu'on vient de lire, la digitale n'a pas été employée seule, et l'on pourrait nous objecter que l'amélioration est due moins à son usage qu'à celui des autres médicaments qui ont été prescrits avant elle. Mais il ne faut pas oublier que le traitement antérieur, consistant en une application de vésicatoire et en une potion avec 25 centigrammes de tartre stibié, n'avait eu aucun effet avantageux au moment où nous avons dû l'abandonner, et que si nous y avons renoncé, c'est justement parce que, dans l'état d'affaissement et de dépression extrêmes où il se trouvait, le malade ne nous paraissait pas en état de pouvoir le supporter plus longtemps. Dès le premier jour, nous avions écarté les émissions sanguines comme parfaitement contre-indiquées; le tartre stibié venant à nous manquer, fallait-il recourir aux stimulants, à l'alcool en particulier? Je ne l'ai pas pensé, parce que, le malade me paraissant être dans un état en quelque sorte intermédiaire à l'adynamie et à l'ataxie, je voyais autant d'inconvénients à le surexciter qu'à le déprimer. C'est ce qui m'a décidé à recourir à la digitale, et encore ne l'ai-je fait qu'avec une très-grande réserve. J'avais prescrit six paquets, contenant chacun 5 centigrammes de poudre de

digitale, à prendre toutes les deux heures, avec recommandation à mon interne de suspendre le médicament à sa visite du soir s'il remarquait une notable sédation du mouvement fébrile. C'est ce qu'il a fait, et nous avons vu que quatre de ces paquets ont suffi pour amener en vingt-quatre heures un abaissement de près de 20 pulsations, suivi dès le lendemain d'un abaissement plus considérable encore, puisque le pouls, qui était d'abord à 108, est descendu le premier jour à 90 et le deuxième à 60; soit une chute de 48 pulsations en quarante-huit heures. Je m'en suis tenu là dans la crainte de dépasser le but; mais il est demeuré évident pour moi que, dans ce fait particulier, la digitale m'a été du plus grand secours, car sans elle je n'aurais pas pu obtenir un résultat aussi favorable, ni surtout aussi rapide. L'amendement des symptômes locaux n'a pas tardé, en effet, à suivre celui des symptômes généraux; et ce malade, que nous avions jugé incapable de résister à un traitement perturbateur énergique, s'est trouvé guéri en moins d'une semaine d'une pneumonie qui avait débuté de la façon la plus alarmante.

Du traitement du phagédénisme au moyen du chlorate de potasse.

Par M. le docteur Emile Tillot, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau.

La richesse des moyens indique généralement la pauvreté thérapeutique. A ce compte, le phagédénisme se guérirait facilement, car on ne connaît que très-peu de remèdes utiles dans cette maladie. Depuis la teinture d'iode jusqu'au fer rouge, tout est emprunté à l'ordre des caustiques ou des modificateurs actifs. La *Gazette des hôpitaux* (numéro du 23 décembre 1865) publiait une observation très-curieuse, recueillie par M. Foucher, d'un bubon phagédénique long de 9 à 10 centimètres sur 0,05 de large guéri dans l'espace de quinze jours par un glycérolé de sulfate de cuivre. Ce fait m'a remis en mémoire un certain nombre d'observations où j'ai vu le chlorate de potasse agir d'une façon aussi remarquable, et bien que le phagédénisme ne soit pas une maladie développée toujours dans les mêmes circonstances, sa résistance aux moyens ordinaires de la médecine m'autorise à publier des résultats qui me semblent mériter l'attention des médecins. Quoique ces faits soient déjà anciens, puisque je les ai recueillis lors de ma première année d'internat, ils me semblent n'avoir encore rien perdu de leur valeur.

Avant de les exposer, je vais dire ce qu'on sait de l'action topique

du chlorate de potasse. Substance autrefois en grande faveur dans les affections syphilitiques (Schwilgué), recommandée contre les ulcères indolents par Swédiaur (Mérat et Delens), ce médicament fut tiré de l'oubli par le docteur Isambert. Depuis il fait partie de la thérapeutique des affections buccales et pharyngées. Employé en collutoire dans le croup, l'angine pseudo-membraneuse, M. Bouchut s'en est servi contre des ulcères scrofuleux; le docteur Brown l'employa dans des ulcérations du col utérin (*Bulletin de Thérapeutique*, année 1859); le docteur Cerboni (même journal, même année) s'en servit pour guérir une fistule synoviale qui avait résisté à beaucoup de moyens; il guérit même à son aide une fistule anale, mais il ne dit pas en combien de temps. Le rédacteur de l'article du *Bulletin* en rapportant ce fait disait que ces expériences ne sont pas indignes d'être répétées, et que le chlorate de potasse est probablement appelé à un emploi assez général comme modificateur des surfaces ulcérées. Il paraît qu'on l'a employé contre le phagédénisme, car il figure dans le formulaire des médicaments nouveaux du regrettable docteur Réveil et dans le nouveau dictionnaire de thérapeutique publié par MM. Bouchut et Després; mais il est cité sans aucune espèce de remarque, et on ne sait si on doit le considérer comme un remède bon ou sans valeur bien légitime. Du reste, le savant *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux nous apprend qu'on l'avait employé avec succès dans des affections ulcéreuses, de quelque nature que fussent les ulcérations. C'est ainsi qu'en 1845, d'après ces auteurs, Tedeschi l'employa dans un ulcère cancéreux. En 1847, Hunt l'utilisa avec avantage contre la gangrène de la bouche, M. Lasègue s'en servit contre certains ulcères atoniques, les ulcérations de la bouche et la gingivite scorbutique. Ce topique, disent MM. Trousseau et Pidoux, a une action énergique sur les surfaces ulcérées, mais il a l'inconvénient de causer beaucoup de douleur. Nous avons dit que M. Bouchut l'avait employé avec succès dans la traitement d'ulcères scrofuleux. Il s'en est servi aussi avec avantage contre ces ulcérations rebelles dont se couvrent certains vésicatoires; à l'hôpital des Enfants, il est journellement employé dans le pansement des plaies couvertes de diphthérite. Enfin tout le monde connaît les beaux succès de MM. Milon, Bergeron et Leblanc, qui ont vu ce médicament non-seulement guérir le cancroïde, mais même s'opposer à sa reproduction. Il est donc bien certain que le chlorate de potasse a une action topique, et nous sommes à cet égard bien loin de partager l'opinion de notre excellent confrère le docteur Isambert, qui croyait que ce produit n'avait

qu'une faible action topique et qu'il avait besoin d'être absorbé pour agir.

On peut employer le chlorate de potasse pour l'usage externe en solution ou en pommade : en solution, à la dose de 10 à 12 grammes pour 600 grammes d'eau ; en pommade, M. Puche l'employait à la dose de 2 grammes pour 30 grammes d'axonge. M. Martinet l'emploie, dit M. Bouchardat, uni à la glycérine dans les proportions suivantes : glycérine, 100 grammes ; chlorate de potasse, 10 grammes. Le mode d'application varie suivant les affections ; on fait, selon la situation et selon la nature de la maladie, une injection, une lotion ou une friction une ou deux fois par jour.

Si le chlorate de potasse a été employé contre des affections ulcéreuses, il l'a encore été très-peu, à notre connaissance, contre le phagédénisme, et comme il paraît posséder dans ce cas une action très-remarquable, nous pensons que la lecture des observations qui témoignent de son efficacité peut offrir quelque intérêt au lecteur. Mais avant, quelques mots sont nécessaires sur le phagédénisme. On sait avec quelle opiniâtreté persistent certains ulcères, soit qu'ils empruntent à la constitution, au tempérament des malades ou à la cause qui les a produits une force de résistance inconnue, soit qu'ils se trouvent placés dans des endroits peu favorables à la cicatrisation. Les plaies qui surviennent chez des individus très-lymphatiques ou scrofuleux, certains ulcères syphilitiques sont dans ce cas.

Des circonstances purement locales y concourent souvent d'ailleurs. On a signalé, par exemple, des pansements peu méthodiques ou trop fréquents, l'action des corps gras qui rancissent ; d'autres causes inconnues dans leur essence produisent aussi le même effet. Parmi ces dernières, nous avons surtout en vue la pourriture d'hôpital et le phagédénisme. Le phagédénisme, complication qui vient trop souvent entraver la guérison des ulcères vénériens, diffère de la pourriture d'hôpital en ce qu'il n'est pas épidémique comme celle-ci, mais il s'en rapproche, parce qu'il est causé comme elle par un travail de désorganisation locale. Si nous rapprochons ainsi ces deux affections qui viennent à la manière des parasites se greffer sur nos tissus, c'est parce qu'on rencontre chez quelques malades des ulcères dont l'aspect et la nature offrent un mélange des deux maladies avec prédominance plus ou moins marquée de l'une ou l'autre, et nous avons observé plusieurs cas analogues. Mais pour nous renfermer plus étroitement dans notre sujet, nous laissons de côté la pourriture d'hôpital, qui n'est le plus souvent

qu'une complication de courte durée et contre laquelle la chirurgie a d'ailleurs des ressources assez efficaces, pour arriver au phagédénisme. Cette complication terrible du chancre ou du bubon se manifeste aussi dans d'autres circonstances, mais alors elle s'unit à la pourriture d'hôpital pour donner à la plaie un aspect particulier blafard et grisâtre. La scrofule ou la syphilis ont le privilége de provoquer l'apparition du phagédénisme. Cette désorganisation des tissus avec tendance fatale à s'étendre et assez rapidement se reconnaît, comme on sait, facilement; mais elle est malheureusement difficile à guérir. Si M. Ricord a trouvé le remède de cette horrible affection, il faut avouer que la solution de tartrate ferrico-potassique, si usitée d'après l'enseignement du célèbre chirurgien de l'hôpital du Midi, n'agit pas d'une façon certaine. Tous les caustiques, sans être aussi héroïques, au dire de M. Ricord, sont très-douloureux, et le cautère actuel en particulier est effrayant; d'ailleurs, nous l'avons vu appliquer sans succès et à différentes reprises chez plusieurs malades. Mais en faisant le procès aux deux moyens principaux employés contre le phagédénisme, espérons-nous le remplacer par un moyen plus efficace, moins long et moins douloureux? Les cas qui suivent répondent pour nous. Ils ne sont malheureusement pas assez nombreux pour avoir une valeur définitive, mais ils nous semblent cependant assez intéressants pour provoquer des essais nouveaux, si faciles à répéter. Les observations que nous avons recueillies pendant notre internat à l'hôpital du Midi sont au nombre de six, et comprennent six cas de phagédénisme: cinq développés sur des chancres et un sur un bubon.

Obs. I. *Chancre phagédénique.* — M. N***, employé de commerce, entré le 13 mai 1856, salle VIII, n° 9, bonne constitution, tempérament nerveux, est porteur d'une ulcération spécifique depuis trois mois. Traitement en Angleterre: pilules mercurielles et lotions inconnues, cautérisations diverses.

Etat actuel. — Sur la face dorsale du gland, ulcération profonde large comme une pièce d'un franc, à bords taillés à pic, offrant des rugosités, des dépressions profondes; le tout est recouvert d'une couche grisâtre et verse abondamment une matière purulente verdâtre. Elancements très-pénibles et d'une façon continuelle.

Le traitement consista d'abord dans des pansements avec l'eau chlorurée, puis le tartrate-ferrico-potassique *intus et extra.* Le 27 juin, c'est-à-dire six semaines après l'entrée du malade, nul amendement ni dans l'aspect du chancre ni dans les douleurs, et le chancre s'était agrandi d'un tiers.

On prescrit l'application d'une pommade contenant 4 grammes de chlorate de potasse pour 30. Dès le second jour, une amélioration considérable se manifesta ; le 29 juillet, la plaie était presque entièrement fermée, et douze jours après le mal avait disparu, remplacé par une cicatrice souple.

Réflexions. — Voici un malade atteint depuis trois mois d'un chancre qui s'agrandit tous les jours, traité inutilement par différents moyens, et entre autres par le tartrate ferrico-potassique, et qui guérit complétement, dans l'espace d'un mois, d'une affection qui aurait certainement fait disparaître toute l'étendue du gland.

Obs. II. Le nommé L***, âgé de vingt-quatre ans, tailleur de pierres, tempérament lymphatique, bonne constitution, entré le 14 septembre, salle vi, n° 14.

Etat actuel. — Depuis onze jours, chancre du sommet du gland, d'aspect phagédénique, un autre plus petit près du frein.

Traitement.— 25 septembre, lotions, puis pommade au chlorate de potasse.

Résultat. — Le 7 novembre, c'est-à-dire cinq semaines après le début du traitement, guérison complète.

Réflexions. — Le résultat est bien moins brillant que dans le premier cas, où l'affection, qui était plus ancienne, avait été traitée par différents moyens ; mais le chancre n'en était pas moins phagédénique, et sans le chlorate de potasse, quand aurait-il guéri ?

Obs. III. *Chancres devenus gangréneux.* — B***, trente et un ans, entré le 22 octobre, salle viii, n° 34. Const. robuste, tempérament lymphatique, sanguin.

Etat actuel. — Sur le prépuce existent deux chancres de forme ovalaire, avec des bords taillés à pic, peu profonds, recouverts d'une fausse membrane d'un roux verdâtre, reposant sur une base fortement engorgée. Tous ces accidents datent de trois semaines. La portion du prépuce placée au-dessous du gland est d'un rouge violacé, fortement tuméfiée.

Traitement. — On débute par la pommade au chlorate de potasse au 25°. Le 11, c'est-à-dire dix-huit jours après le début du traitement, les chancres présentent un aspect gangréneux ; ils sont tous recouverts d'une fausse membrane verdâtre, la portion du prépuce qui les entoure est tuméfiée, présente une coloration rouge violacé ; ils se sont étendus ; les douleurs sont plus intenses. On suspend le chlorate de potasse et on prescrit des lotions avec l'eau contenant du chlorure de soude.

Le 7 décembre, guérison complète.

Réflexions. — Voilà un cas où il a fallu suspendre le chlorate de potasse à cause de la tendance à la mortification des ulcères qui se sont cicatrisés par des pansements avec la liqueur de Labarraque. Peut-être aurait-il fallu faire précéder le chlorate de potasse par des antiphlogistiques, à cause de la véhémence de l'inflammation.

Obs. IV. *Chancre phagédénique.* — Le nommé L***, vingt-neuf ans, tempérament sanguin, constitution bonne, entré le 29 octobre 1856, salle VI, n° 15.

Etat actuel. — Sur le prépuce, quatre ulcérations de différentes grandeurs; la plus étendue a 2 centimètres de long; elle est d'une forme allongée et a une direction transversale. Elles sont peu profondes, présentent une surface grisâtre pultacée, semée çà et là de petits points rouges; les bords irréguliers non taillés à pic. Ces ulcérations datent de trois semaines; elles se sont agrandies depuis qu'elles existent.

Traitement. — 29 octobre, pommade de chlorate de potasse au 25ᵉ. Au bout de dix jours, il n'y avait aucun progrès, les chancres s'agrandissaient; ce n'est qu'à partir du quinzième jour que l'amélioration a commencé à se faire, et la guérison fut complète le vingt-septième jour de l'entrée à l'hôpital.

Obs. V. *Chancres phagédéniques.* — Le nommé A***, vingt et un ans, entré le 4 octobre 1856, salle VIII, n° 17. Bonne constitution, tempérament lymphatique, sanguin.

Début de la maladie, deux mois.

Etat actuel. — Chancres dans le cul-de-sac préputial, il y en a un, près du frein, qui a une base indurée; chancre *térébrant* du fourreau de la verge près de l'orifice, à base très-engorgée; pléiade inguinale à gauche.

Traitement. — Malgré les cataplasmes, puis l'emplâtre de Vigo, les ulcérations s'agrandissaient toujours, et le dixième jour elles fournissaient un pus sanieux; les bords en étaient irréguliers, déchiquetés, et le malade éprouvait de fréquents élancements. Le chancre du fourreau s'est agrandi, sa base est fortement engorgée. Rougeur et empâtement des régions circonvoisines. On emploie la pommade de chlorate de potasse au 25ᵉ.

Le contact de la pommade est suivi d'une assez vive douleur; l'amélioration marcha très-vite, puis il y eut un temps d'arrêt; enfin le malade sortit guéri le quarantième jour, à partir du moment où on avait employé le chlorate de potasse.

Réflexions. — Le phagédénisme était déjà ancien, puisque la maladie datait de deux mois; on dut combattre d'abord les acci-

dents inflammatoires, puis l'engorgement, et sous l'influence du chlorate de potasse la cicatrisation se fit assez lentement, parce qu'il y eut un temps d'arrêt; aussi le mal mit-il quarante jours à guérir.

Obs. VI. *Bubon phagédènique.* — Le nommé B***, vingt-quatre ans, menuisier, entré le 4 octobre 1856, salle vi, n° 31. Bonne constitution, tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle.

Début du mal, trois semaines.

Etat actuel. — Phimosis, petits chancres folliculaires autour du prépuce. Adénite inguinale double, suppurée à droite.

Traitement. — Ponctions multiples sur le bubon droit, cataplasmes, lotions chlorurées sur le prépuce et le bubon. Le lendemain, ponctions multiples sur le bubon gauche. Le cinquième jour de l'entrée, les piqûres faites par le bistouri sur le bubon droit se sont converties en deux larges ulcérations grisâtres, ayant chacune 3 centimètres de largeur, peu profondes, séparées par un pont cutané, décollé en partie. Les bords de ces ulcères sont taillés à pic, irréguliers, déchiquetés, décollés. Le fond des ulcères est parsemé d'une sanie grisâtre.

Le treizième jour on remplace les lotions chlorurées par la pommade au chlorate de potasse, et le vingt-unième jour, à partir de l'emploi de ce remède, les ulcérations étaient toutes cicatrisées.

Réflexions. — Ce qu'il y a de remarquable dans toutes ces observations, c'est qu'aucun de ces cas de phagédénisme ne s'est montré sur des sujets cachectiques à proprement parler; la plupart des malades étaient vigoureux et robustes; chez le plus grand nombre, les accidents avaient commencé avant l'entrée à l'hôpital, depuis trois semaines jusqu'à trois mois. Chez tous, les chancres étaient multiples et appartenant à la variété dite *chancre mou.* Le malade de la première observation avait seul été soumis à différentes médications, les autres furent traités par le chlorate de potasse, sinon d'emblée, du moins dans les premiers jours. Les effets du traitement ont tous été sensibles dès le début de la médication. Quoique le contact du médicament soit pénible à supporter, douloureux même pour quelques malades, jamais il n'a provoqué des douleurs assez persistantes pour obliger à y renoncer. Son premier effet est de faire cesser les douleurs spontanées quand il y en a, de diminuer l'intensité de la suppuration, d'en modifier la nature en changeant l'aspect de la surface malade; mais l'effet qui prime tous les autres, c'est celui d'arrêter le mal dans sa tendance envahissante. Il

oppose une barrière aux ravages de cet ennemi invisible et hideux, de cette affreuse désorganisation qu'on appelle le phagédénisme.

L'action du chlorate de potasse contre le phagédénisme n'est pas rapide, mais elle est constante; une fois commencée, elle continue toujours, même lorsqu'il y a des temps d'arrêt: nous l'avons vue dans l'observation V s'arrêter pour reprendre plus tard. Dans un seul cas, l'observation III, ce médicament paraît avoir eu un effet trop actif, car c'est sous son influence que les chancres ont pris un aspect gangréneux, et il a fallu renoncer complétement à son emploi. D'après les observations qui précèdent, on voit que le chlorate de potasse met un temps variable à agir, mais qu'il n'a pas dépassé quarante jours, et le temps le moins long a été vingt-sept jours. Chez un malade, la modification n'a commencé à se montrer que le quinzième jour, mais elle a marché avec une si grande rapidité, que douze jours après le malade était guéri.

D'après ces résultats malheureusement trop peu nombreux, mais cependant significatifs, il est évident pour nous que, dans une affection aussi redoutable que le phagédénisme, on n'a pas trop d'agents à sa disposition, et que le grand avantage du chlorate de potasse, c'est de n'être ni effrayant, ni très-douloureux, et d'un emploi très-facile. Nous croyons que dans les cas où la solution de M. Ricord vient à échouer on peut avoir recours au chlorate de potasse, qui a donné sous nos yeux des résultats si satisfaisants, puisque sur six cas nous ne l'aurions vu échouer qu'une seule fois, et encore peut-être avait-il été employé un peu trop tôt et contre des ulcérations à tendance déjà gangréneuse.

En terminant ce qui a rapport au phagédénisme, je demande au lecteur la permission de placer sous ses yeux l'observation d'un cas un peu analogue au phagédénisme, où le chlorate de potasse aurait produit un résultat très-appréciable. Il s'agit d'un de ces cas encore mal définis, de ces lésions intermédiaires à la pourriture d'hôpital et au phagédénisme, et qui compliquent si souvent les ulcères des membres inférieurs.

Obs. VII. *Ulcère simple de la jambe avec tendance phagédénique* (service de M. Gosselin : hôpital Cochin, 24 septembre 1857). — La nommée B***, domestique, âgée de vingt et un ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique, pas de traces ni d'aveux de syphilis.

Début de la maladie, quinze jours, par un bouton qui s'est ulcéré.

Etat actuel. — Sur la jambe gauche ulcération très-large de

0,04 sur 0,03, à bords taillés à pic, calleux; le fond, généralement grisâtre, présente des bourgeons irréguliers et comme déchiquetés. La plaie est très-douloureuse et fournit une grande quantité de pus grisâtre et fétide.

Traitement. — Malgré l'emploi des cataplasmes et la position, au bout de huit jours il n'y avait pas de changement dans la plaie, et les douleurs étaient très-vives.

Le neuvième jour, on emploie la pommade de chlorate de potasse au 30e. Ce pansement est suivi d'une douleur assez vive, mais qui ne dure qu'un quart d'heure; l'amélioration commença dès le lendemain et elle continua très-rapide; la plaie avait diminué beaucoup, et le sixième jour, sur la demande de la malade, que la pommade faisait toujours un peu souffrir, M. Gosselin fit appliquer des bandelettes de diachylon, médication qui fut continuée jusqu'à la guérison complète.

Réflexions. — On dira que, dans ce cas, la guérison n'a pas été due au chlorate de potasse, c'est vrai, mais aussi avec quelle rapidité se sont modifiés les accidents! l'ulcère avait un mauvais aspect, était douloureux au point d'empêcher le sommeil; la malade est soumise au repos et aux antiphlogistiques pendant huit jours : nul changement, la plaie a un aspect grisâtre de mauvais aloi. On a recours au chlorate de potasse, et dès le second jour la plaie se déterge, les points grisâtres disparaissent et l'ulcération tend à se combler, et le sixième jour la plaie a changé tout à fait d'aspect, et des bourgeons charnus de bonne nature viennent combler le vide préexistant.

Si la guérison n'est pas due au chlorate de potasse, on ne peut nier du moins qu'il n'y ait contribué pour beaucoup.

Depuis que ces faits ont été recueillis, il n'a rien été publié sur le chlorate de potasse employé contre le phagédénisme, si ce n'est dans la *Gazette hebdomadaire* (18 février 1865), où M. le docteur Gaujot a publié un fait très-remarquable qui vient à l'appui de l'opinion, que je crois très-fondée, sur les vertus cicatrisantes du chlorate de potasse, à l'égard d'ulcérations de mauvaise nature dues à de mauvaises conditions hygiéniques, ou à la constitution des personnes qui en sont affectées.

Le phagédénisme est assez fréquent pour que l'expérimentation soit facile, et les remèdes pour le combattre ne sont pas assez certains pour repousser un remède quand son action est prouvée par l'analogie et qu'elle est d'ailleurs justifiée par des faits cliniques empruntés à la pratique des hôpitaux, c'est-à-dire dans des condi-

tions où les expériences peuvent être faites avec plus de précision et de sécurité que dans un autre milieu.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la vaccination animale [1].

Par M. DEPAUL, directeur du service de vaccine de l'Académie de médecine.

Dans une séance du congrès médical qui eut lieu à Lyon en septembre 1864, M. le docteur Viennois, qui a si bien étudié les dangers de la syphilis vaccinale, proposa pour les conjurer de renoncer à la méthode ordinaire et de revenir à la vaccination animale [2].

Au mois de décembre de la même année, M. le professeur Palasciano, de Naples, adressa sur ce sujet à la Société médicale de Lyon un mémoire étendu qui a paru dans la *Gazette médicale* de cette ville [3]. Il déclare cette pratique parfaitement sûre et rationnelle, et s'étonne qu'elle ne soit pas exclusivement employée, car, selon lui, c'est la seule qu'autorise la découverte de Jenner. Il trouve dans l'inoculation de l'homme à l'homme l'explication d'une préservation moins complète de la petite vérole, et c'est en outre un mode de vaccination qui permet la transmission d'autres virus.

A la même époque l'Académie de médecine se préoccupait déjà de cette question.

Ce fut sous l'influence de ces inspirations diverses que M. le docteur Lanoix, avec un zèle et une abnégation dont on ne saurait trop le louer, se décida à faire un voyage à Naples afin d'y étudier la méthode de la vaccination animale et de se familiariser avec sa pratique. Là il apprit que, dès 1810, Galbiati, ayant observé trois cas de syphilis vaccinale, fut conduit à renoncer aux vaccinations de bras à bras pour ne plus faire que des vaccinations de la vache à l'homme. A Galbiati succéda M. Negri, son élève, qui popularisa à Naples la pratique de la vaccination animale par le vaccin de la vache.

[1] Extrait du rapport présenté au ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics par l'Académie impériale de médecine.

[2] Viennois, in *De la syphilis vaccinale, Communications à l'Académie de médecine*. Paris, 1865, p. 302.

[3] Palasciano, in *De la syphilis vaccinale, Communications à l'Académie de médecine*. Paris, 1865, p. 370.

Le vaccin dont Galbiati s'était servi était du vaccin humain inoculé à une génisse et repris sur elle pour servir aux vaccinations. Son but était de ne transmettre à l'homme que le vaccin et d'éviter ainsi les inoculations d'autres virus transmissibles d'homme à homme.

C'est vers 1840 que M. Negri modifia la pratique de son maître en propageant par l'inoculation directe de la vache à la vache un cowpox spontané qu'il avait rencontré. Chaque fois qu'il en a trouvé l'occasion, M. Negri a rajeuni le cowpox dont il se sert à une source nouvelle de cowpox spontané. La dernière fois que l'occasion lui en fut offerte, ce fut en 1858.

Comme marche de l'éruption chez l'animal, voici ce qu'on observe. Trente heures après l'inoculation, commence à paraître un petit travail inflammatoire. Le troisième jour, rougeur et inflammation très-marquée; au quatrième, papule saillante très-appréciable au toucher; au cinquième, pustule qui se développe et dure jusqu'au neuvième, moment où commence la dessiccation.

L'établissement vaccinal de M. Negri est des plus modestes. En temps ordinaire, c'est-à-dire pour les besoins de la vaccination de la clientèle de la ville, il ne possède à la fois qu'une seule génisse inoculée; mais à l'époque des revaccinations dans les lycées ou dans l'armée, il en a trois ou quatre qui sont inoculées en même temps.

Quant au manuel opératoire, voici en quoi il consiste. L'animal est lié et renversé sur le flanc gauche, rasé à la région mammaire et hypogastrique sur une surface d'un décimètre et demi carré environ. Des scarifications d'un centimètre de long sont tracées sur des rangées alternantes, et dans le sillon de chacune d'elles, M. Negri dépose du vaccin recueilli sur le plat d'une lancette. M. Lanoix fait remarquer que ce qui a fait choisir cette région, c'est que là l'épiderme y est très-mince, la peau très-souple et que les pustules y sont à l'abri de toute souillure et de tout frottement.

Un fait qui l'a également frappé à la suite de l'inoculation du cowpox à l'enfant, c'est la lenteur de la marche de l'éruption consécutive. La papule n'apparaît souvent que le quatrième, cinquième, septième et même onzième jour après l'inoculation. Non-seulement il y a une incubation plus longue que pour le vaccin humain, mais il y a aussi une évolution plus lente, et les pustules atteignent une plus grande largeur.

D'après des renseignements puisés sur place par notre confrère, cette méthode serait préférée à l'ancienne dans toutes les classes de la société napolitaine. Il est en effet de croyance populaire que les

personnes vaccinées par ce moyen sont plus à l'abri de la variole que celles inoculées avec le vaccin humain.

Le gouvernement italien, frappé des résultats obtenus dans les revaccinations pratiquées de la sorte, a adopté le système de la vaccination animale pour l'armée et pour les lycées. Par l'ancien procédé, la revaccination de l'armée napolitaine donnait autrefois 8 pour 100 de succès; par la revaccination animale on en obtient aujourd'hui près de 40 pour 100.

M. Lanoix a tenu à se procurer un bon vaccinifère, afin d'expérimenter à Paris dans des conditions analogues à celles où il avait vu pratiquer à Naples, et de constater si le vaccin des génisses napolitaines conserverait en France et sa fécondité et sa virulence durant une longue migration à travers l'organisme des génisses. Sur ce premier point il déclare que tel il avait reçu le cowpox sur la génisse inoculée par M. Negri, génisse qu'il a amenée avec lui en France, tel ce cowpox se rencontrait encore après son passage à travers l'organisme de la génisse. Cependant il signale comme un fait possible que certains de ces animaux soient réfractaires à l'action du cowpox, et que d'autres n'aient qu'une faible réceptivité. Ce qui revient à dire que la marche de l'éruption sur les individus de l'espèce bovine serait sujette aux mêmes irrégularités que la marche de l'éruption vaccinale chez l'homme.

La virulence plus grande du cowpox inoculé serait prouvée : 1° par la durée plus grande de l'incubation ; 2° par la marche plus lente de l'éruption ; 3° par la plus grande largeur des pustules et la présence d'engorgements ganglionnaires (chez les revaccinés surtout).

Ce ne sont pas d'ailleurs les seules raisons qu'il donne de la préférence que, selon lui, il faut accorder à la vaccination animale. Il s'appuie surtout sur les résultats qui lui ont été fournis par les revaccinations déjà nombreuses qu'il a eu occasion de pratiquer ou de voir pratiquer, et qui se trouvent consignés dans la statistique suivante, qu'il nous paraît utile de faire connaître :

Sur 800 enfants revaccinés de 7 à 12 ans, il y a eu 168 succès,
Soit 21 pour 100.

Sur 198 enfants d'âges différents, il y a eu 134 succès,
Soit 67 pour 100.

Sur 200 personnes de 20 à 40 ans, il y a eu 97 succès,
Soit près de 50 pour 100.

Une épidémie de variole sévissait sur la colonie de Mettray depuis plusieurs mois, lorsque M. Demets, effrayé de ses ravages, pria M. Lanoix de lui envoyer une génisse vaccinée.

L'animal inoculé à Paris fut expédié à Mettray. La revaccination de la colonie fut faite par M. le docteur Millet et l'épidémie disparut.

Parmi les nombreuses questions que soulève la vaccination animale, il en est quelques-unes qui ont une importance capitale et de la solution desquelles dépend son avenir. On peut les résumer dans les trois propositions suivantes :

1° La vaccination animale permet-elle de conserver au liquide vaccinal toute sa pureté, et met-elle à l'abri de toute contamination étrangère ?

2° Le vaccin animal est-il supérieur au vaccin humain, en ce sens que, tandis que le second s'affaiblirait dans ses générations successives, le premier au contraire conserverait son énergie première et mettrait plus sûrement à l'abri de l'infection variolique ?

3° En admettant que ces deux premiers points fussent résolus par l'affirmative, serait-il possible d'organiser un service qui répondît à toutes les exigences, et qui, loin de nuire à la propagation de la vaccine, en rendrait au contraire la dissémination plus sûre et plus facile ?

Première question. — La vaccination animale permet-elle de conserver au liquide vaccinal toute sa pureté, et met-elle à l'abri de toute contamination étrangère ?

Pendant plus de soixante ans, la généralité des médecins a vécu dans cette croyance, que la pustule vaccinale chez l'homme ne pouvait renfermer que du vaccin, et qu'alors même qu'elle se serait développée sur un individu atteint de syphilis, elle serait incapable de fournir le virus propre à cette dernière maladie.

Cependant, il ne faut pas l'oublier, à toutes les époques une opposition très-sérieuse a été faite à cette doctrine qui n'a jamais été acceptée par le public, qui a toujours entrevu la possibilité d'un danger dans l'inoculation du vaccin. Qu'il y ait eu et qu'il y ait encore sous ce rapport de grandes exagérations, cela est incontestable, mais la science marche et fait des progrès. Il est certaines vérités lentes à se produire, que le concours malheureux de certaines circonstances tend à obscurcir, et qui ne finissent par percer que lorsque, après avoir été longtemps repoussées comme des erreurs, elles s'imposent enfin, fondées qu'elles sont sur l'observation d'un nombre suffisant de faits authentiques.

Depuis quelques années, la reproduction de certains cas malheureux a ramené les esprits vers l'étude de ce point important, entre tous, de l'histoire de la vaccine. En France et à l'étranger, dans les sociétés savantes et dans les publications particulières, de tous côtés

des voix se sont élevées, de nombreux travaux ont été mis au jour et toutes les opinions ont pu se produire. L'Académie, qui a pris une large part à ces débats, a entendu l'exposition de la plupart des faits que possède la science [1] (depuis il s'en est produit de nouveaux), et sans s'exagérer la gravité de la situation, la majorité de ceux de ses membres qui ont exprimé leur opinion a déclaré qu'il n'était pas possible de nier la réalité de la syphilis vaccinale. C'est aussi la manière de voir qui semble prédominer dans le public médical.

Aussi le moment était on ne peut plus favorable pour chercher le moyen de conjurer un pareil danger. La vaccination animale fera-t-elle atteindre ce résultat ? Il est bien difficile de ne pas l'admettre, quand on songe aux conditions particulières dans lesquelles se trouvent les animaux qu'on propose de rendre vaccinifères. De l'avis de presque tous les vétérinaires, à part le cowpox, les maladies contagieuses sont à peu près nulles dans l'espèce bovine, surtout dans le jeune âge. Quant à la syphilis en particulier, elle y est inconnue, et sous ce rapport tous sont d'accord qu'il n'y a rien à craindre. On peut donc, sans aller trop loin, reconnaître que la vaccination animale (par la génisse) mettrait pour toujours à l'abri de l'infection syphilitique, et sous ce rapport elle a un immense avantage sur la vaccination humaine.

Deuxième question. — Le vaccin animal, qui est déjà préférable par sa pureté, est-il supérieur au vaccin humain par son activité et ses vertus prophylactiques ? Ici l'embarras est plus grand : l'expérience n'a pas encore prononcé depuis assez longtemps ; les recherches comparatives n'ont pu être assez nombreuses et assez variées pour qu'il soit permis de formuler une opinion définitive ; contentons-nous donc d'exposer les faits, et soyons réservé dans les conclusions.

En parlant de la marche des pustules sur les génisses inoculées, nous avons dit quelles différences elles présentaient relativement aux pustules qu'on étudie sur les bras d'un enfant inoculé avec du vaccin humain ; voyons maintenant si, quand, sur ce dernier, l'inoculation a été faite avec du virus pris sur la génisse, l'éruption offre quelques particularités qui méritent d'être signalées. De l'avis de tous ceux qui ont expérimenté la nouvelle méthode, les premières

---

(1) Voyez le projet du rapport sur la syphilis vaccinale et la discussion qui a suivi, in *De la syphilis vaccinale, Communications à l'Académie de médecine*. Paris, 1865.

manifestations sont plus lentes à se produire; il n'est pas rare de ne voir rien paraître le troisième, le quatrième, le cinquième, le sixième, le septième jour, et même plus tard encore, et cependant il ne faut pas désespérer. La tardive apparition de l'éruption est un des caractères de cette vaccination, et tandis qu'elle est une exception assez rare avec le vaccin humain, on peut la considérer comme la règle avec le vaccin de la génisse. Il est assez commun aussi de constater sur le même individu que tous les boutons ne paraissent pas à la même époque, et que tandis que quelques-uns se sont montrés le troisième et le quatrième jour, d'autres, sur lesquels on ne comptait plus, signalent leur présence seulement le cinquième, le sixième, le septième et même le huitième jour.

Nous n'avons pas remarqué que la période d'incubation, qui est évidemment plus longue, donnât lieu à des phénomènes généraux plus accentués. Si quelques enfants deviennent plus inquiets et ont la peau un peu plus chaude, le plus grand nombre reste calme et ne fournit aucun signe de réaction, absolument comme cela s'observe chez les individus inoculés avec le vaccin humain. Faisons remarquer en passant que cette fièvre du début, qu'on ne retrouve aujourd'hui que dans des cas exceptionnels, paraissait être la règle dans les premiers temps de la vaccine, et qu'on la voit mentionnée dans la plupart des observations du commencement de ce siècle. Quant à la période d'éruption, elle se montre avec quelques caractères particuliers qui doivent être notés. L'inflammation locale est plus vive, la pustule prend généralement des proportions un peu plus grandes. Sa forme d'ailleurs est la même et ne présente d'autre variété que celle qui peut tenir au mode d'inoculation. Quand c'est par incision, par exemple, elle devient ovalaire au lieu d'être ronde et ressemble assez bien à un grain de café. L'auréole inflammatoire semble être un peu plus précoce, et en général elle prend des proportions plus considérables. La peau devient rouge, luisante, tendue; l'inflammation parfois s'étend jusqu'au tissu cellulaire. Les ganglions axillaires se prennent plus souvent que d'habitude, et la réaction fébrile dite secondaire ou de suppuration offre habituellement des caractères plus accentués. En un mot, il semble bien établi que le vaccin animal a la propriété de déterminer des phénomènes locaux et généraux plus marqués, et cette observation est parfaitement d'accord avec ce qui a été noté à différentes époques lorsque le hasard a fait rencontrer le cowpox et qu'on l'a comparativement employé dans l'espèce humaine. Faut-il en déduire que parce qu'il est plus énergique il est plus préservatif? Disons que

s'il y a présomption, la démonstration n'est pas irrécusable. Qu'il nous suffise d'enregistrer le fait, et voyons si nous ne trouvons pas dans les autres résultats de son inoculation des preuves plus convaincantes.

On cite quelques observations d'enfants qui, ayant été plusieurs fois réfractaires au vaccin humain, auraient été inoculés du premier coup avec le vaccin animal. Mais encore sous ce rapport il faut se garder de conclure trop vite. Les observations de ce genre sont peu nombreuses, et d'ailleurs tous les médecins qui sont un peu versés dans la pratique de la vaccination savent qu'il n'est pas nécessaire de changer de vaccin pour voir de pareilles anomalies. On échoue plusieurs fois sur un sujet quoiqu'on ait pris toutes les précautions nécessaires et que le même virus employé dans la même séance prenne sur tous les autres individus auxquels on l'inocule, puis on réussit dans une nouvelle tentative. Il n'est pas sans exemple d'ailleurs que le vaccin animal lui-même, inoculé avec toutes les précautions recommandées, reste sans effet. M. Lanoix, qui porte le chiffre de ses vaccinations à 1000 environ, a noté près de 20 résultats négatifs, et rien ne prouve que si dans ces cas on avait recommencé en se servant du vaccin humain, on n'aurait pas réussi. Bien plus, l'expérience, sous ce rapport, a pu être faite deux fois dans les vaccinations officielles de l'Académie avec un plein succès.

Quant à savoir si les individus qui ont été inoculés avec le vaccin animal sont mieux préservés de la petite vérole, il faut que plusieurs années s'écoulent encore. L'introduction de cette méthode en France est de date trop récente pour qu'une opinion ayant quelque valeur puisse être exprimée. On dit bien qu'en Italie c'est une croyance très-répandue, mais nous manquons de documents scientifiques capables d'imposer la conviction, et c'est à l'avenir seul qu'appartient la solution de cet important problème.

Troisième question. — Est-il possible de créer un service de vaccination animale qui réponde à toutes les exigences et qui, loin de nuire à la propagation de la vaccine, en rende au contraire la dissémination plus sûre et plus facile ?

Voici, sous ce rapport, ce que propose M. Lanoix : selon lui, il n'y aurait presque rien à changer à l'organisation actuelle, et les dépenses déjà minimes ne seraient pas de beaucoup augmentées.

Pour l'Académie, par exemple, il suffirait d'y faire conduire chaque jour de vaccination l'animal vaccinifère, qui serait facilement étendu sur une table disposée à cet effet ; et les inoculations pourraient s'y succéder comme par le passé avec une grande rapidité.

Pour les mairies et les bureaux de bienfaisance, il suffirait de varier les heures pour que dans la même journée et avec la même génisse on pût opérer dans plusieurs arrondissements et assurer ainsi partout une vaccination régulière. A Paris et dans toutes les autres villes importantes, un service de vaccination animale serait facilement organisé sous la direction d'un médecin, et rien ne serait plus aisé que de se procurer à peu de frais les animaux nécessaires. A des époques déterminées de l'année et chaque fois d'ailleurs que cela deviendrait utile, il serait possible de faire partir de ces établissements centraux des vaccinifères qui seraient dirigés vers les villes secondaires qui possèdent presque toutes une maison hospitalière. Là, on pourrait sans peine y conserver le vaccin en le propageant à d'autres animaux selon les besoins de la localité et des communes environnantes.

Ce que notre confrère voudrait voir rayonner sur tous les points du territoire de l'empire, se fait déjà en partie pour la ville de Paris. Depuis qu'il est revenu de Naples, c'est-à-dire depuis un an bientôt, il n'a cessé d'entretenir le cowpox sur des génisses et d'en mettre à la disposition de tous ceux qui en ont voulu.

Au début de cette période, les succès furent moins nombreux dans les vaccinations. Il y eut même un jour où les vaccinations ne donnèrent aucun résultat. En cherchant la cause de ce changement, il crut la trouver dans son inexpérience. C'est à cette époque, qu'abandonnant le procédé qui consiste à enlever la pustule pour prendre le vaccin à sa face profonde, il se contenta d'exercer une pression à sa base, à l'aide d'une pince à artères, et de faire ainsi sourdre le vaccin. Or, lorsqu'il s'agit de cowpox arrivé au septième jour depuis l'inoculation, la sérosité abondante qu'on obtient de la pustule en la pressant n'est plus ou presque plus vaccinale, tandis que les cellules des parties les plus profondes renferment quelquefois encore un liquide qui a cette propriété.

A l'époque où survinrent les insuccès auxquels M. Lanoix a fait allusion, il possédait deux séries de génisses en expérience. Celles de l'une avaient été inoculées avec du vaccin jeune, celles de l'autre avec du vaccin vieux, c'est-à-dire pris au septième et même au huitième jour après l'inoculation. Chez ces dernières, les éruptions de cowpox dégénérèrent rapidement, et les vaccinations ou revaccinations qui furent faites avec le liquide fourni par elles ne donnèrent que de mauvais résultats. Un jour même, ainsi que nous l'avons dit, elles n'en donnèrent aucun.

C'est à des expériences multipliées qu'il a fallu demander la con-

naissance de ces faits. Elles ont appris que si dans les premiers jours la pustule n'a pas encore acquis les propriétés vaccinales, elle les a perdues à peu près complétement au septième ou au huitième jour au plus tard; qu'enfin il existe une période pendant laquelle le cowpox jouit de ses propriétés vaccinales au *maximum d'intensité*, et que cette période s'étend du commencement du cinquième jour à la fin du sixième après l'inoculation. D'où cette conséquence que, pour ne pas échouer dans la transmission d'une génisse à l'autre, il faut recueillir le liquide depuis le quatrième jour jusqu'à la fin du sixième.

Ce n'est pas cependant que jamais avant le quatrième jour et jamais après le sixième on ne puisse trouver dans les pustules de liquide franchement vaccinal; mais il est bon d'être prévenu de cette cause d'insuccès qui tient à ce que chez l'animal l'évolution de la pustule n'a pas la même marche que dans l'espèce humaine.

C'est pour n'avoir pas dès le principe connu cette loi, que très-probablement les résultats des revaccinations faites dans les hôpitaux n'ont pas été toujours aussi satisfaisants que ceux obtenus dans d'autres établissements. C'est là du moins l'opinion très-formelle de M. Lanoix, qui, pour se mettre désormais à l'abri de pareils inconvénients, propose, pour Paris, d'organiser le service de la manière suivante :

Avoir par semaine trois génisses vaccinifères, et ne se servir de chacune d'elles que deux jours seulement (le cinquième et le sixième après l'inoculation).

Voici comment les choses seraient disposées :

Pour les lundis et mardis, génisse inoculée le mercredi précédent.

Pour les mercredis et jeudis, génisse inoculée le vendredi.

Pour les vendredis et samedis, génisse inoculée le dimanche.

Il est incontestable qu'il n'y a rien de bien difficile ni de très-dispendieux dans une pareille organisation, et que dans une ville comme Paris et même dans les principales villes de l'empire il serait très-simple de la faire fonctionner régulièrement. Mais comment faire pénétrer en tout temps le vaccin animal dans les petites villes et même dans les villages ? On comprend que le transport des bêtes ne laisse pas de créer quelques frais et des difficultés. Ce mode de propagation pourrait donc être réservé pour les localités qui en feraient la demande et surtout pour les temps d'épidémie. Dans les conditions ordinaires, il suffirait de continuer ce qui se pratique depuis si longtemps avec le vaccin humain, de recueillir le vaccin

animal dans des tubes, surtout, et de l'expédier à tous les médecins qui en feraient la demande.

Dès le début une grande difficulté nous avait paru résulter, pour la généralisation de la vaccination animale, de la méthode italienne transportée d'abord parmi nous, et qui consistait à extraire le vaccin par le raclage de la face profonde de la pustule. On obtenait de la sorte une bouillie épaisse qu'on pouvait bien insinuer entre les bords d'une incision, mais qu'il était impossible de faire pénétrer dans un tube capillaire. Aussi, après avoir essayé sans succès de conserver cette bouillie et même de faire voyager des pustules entières, avions-nous le regret de voir dans ce fait une lacune considérable qui mettait la vaccination animale dans une infériorité marquée relativement à la vaccination humaine, et si cette lacune n'avait pu être comblée, elle aurait constitué certainement le principal obstacle à la propagation de la méthode.

Fort heureusement il n'en a pas été ainsi, car il est à peu près démontré aujourd'hui qu'on peut recueillir de grandes quantités de vaccin sur les pustules de la génisse, qu'on peut le déposer sur des plaques de verre et aussi dans des tubes capillaires, avec la facilité qui est connue de tous pour le vaccin humain. Maintenant se conservera-t-il aussi bien et aussi longtemps que ce dernier? Quelques expériences faites aux vaccinations de l'Académie nous permettent de l'espérer. Mais il est cependant sage de réserver un jugement définitif à cet égard, l'expérience n'ayant pu être encore assez souvent répétée et à des intervalles assez éloignés pour que notre conviction sous ce rapport puisse être définitive. Tout ce qu'on peut dire, c'est que par la deuxième méthode acceptée maintenant pour extraire le vaccin de la pustule (l'ouvrir à la surface et exercer une pression à la base), on obtient un liquide parfaitement clair, transparent et assez abondant pour remplir sans peine plusieurs tubes capillaires.

Il y a cependant entre le liquide fourni par la pustule de l'animal et celui qu'on obtient sur l'enfant une différence qu'il convient de signaler. Tandis que celui-ci reste limpide et ne tend pas à s'épaissir, l'autre, au contaire, possède souvent une plasticité spéciale qui est propre à l'espèce animale qui le fournit, et qui exige quelques précautions de plus pour le faire entrer dans les tubes. Aussitôt, en effet, que la pustule de la génisse est ouverte, les premières parties du liquide qui viennent sourdre à sa surface s'épaississent et forment une sorte de couche fibrineuse qu'il faut écarter avec la pointe de l'aiguille avant de plonger l'extrémité du tube qu'on veut em-

plir. Il n'est même pas rare que cette précaution doive être prise plusieurs fois avant l'épuisement d'une pustule. Notons aussi que cette disposition plastique n'abandonne pas entièrement le liquide qui a rempli les tubes, et qu'il faut s'attendre à trouver parfois dans ceux-ci, quand on veut les vider, comme un fil fibrineux qui en mesure la longueur et qui rend un peu plus difficile la sortie de la partie demeurée liquide. A part cela, et l'on peut écarter sans peine ces petits inconvénients, il n'y a aucune différence à établir entre la conservation du vaccin animal et celle du vaccin humain. On pourrait donc en expédier partout où les génisses ne pourraient pas aller; mais il faut s'attendre à trouver entre le vaccin animal conservé et le vaccin pris directement sur les pustules, les mêmes différences, quant aux résultats, que celles qui sont connues de tous praticiens quand il s'agit du vaccin de l'homme. Comme par le passé, on aura plus d'insuccès quand on opérera avec le premier qu'avec le second. La conservation entre les plaques de verre continuera aussi à être de beaucoup inférieure à la conservation dans les tubes, et il serait à désirer, comme l'Académie en a déjà exprimé l'opinion dans ses précédents rapports, qu'on pût renoncer à cette pratique; ce ne serait pas un des moindres avantages de la vaccination animale de conduire à ce résultat.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Mixture cantharidée pour vésicatoires.

L'emplâtre vésicatoire est un agent précieux de révulsion : pour cette cause, les médecins comptent toujours sur son effet; cependant il le manque quelquefois et on le voit rester plus de vingt heures appliqué sur la peau sans y déterminer la moindre rubéfaction.

L'inaction d'un vésicatoire est un très-grand ennui pour un pharmacien, parce qu'on l'accuse de l'avoir mal préparé : c'est à tort souvent, car les médecins n'ignorent pas que, dans certaines maladies, la peau se trouve dans un état physiologique tel, qu'aucun irritant ne peut attaquer son derme.

Il existe beaucoup de recettes d'emplâtre vésicatoire : celle qui est inscrite au Codex réussit généralement bien.

Depuis quelques années, on trouve dans les officines, sous le nom de *sparadrap vésicant*, un emplâtre aux cantharides préalablement étendu sur un tissu. Ce sparadrap est d'un emploi facile : il ne s'é-

tale pas sur la peau, il prend toutes les formes désirables; récemment préparé, son effet est immédiat. Il n'en est pas de même lorsqu'il est vieux : avec le temps, il se dessèche, devient cassant et n'adhère pas à la peau, son action est très-lente. Nous avons cherché un moyen de remédier à cet inconvénient ; nos essais nous ont permis de reconnaître que la mixture suivante offrait de bons résultats.

Mixture cantharidée.

Cantharides réduites en poudre............	125 grammes.
Glycérine................................	125 grammes.

Mêlez, chauffez au bain-marie jusqu'à ébullition, laissez refroidir, ajoutez :

Alcool à 36 degrés........................	100 grammes.
Ether acétique............................	25 grammes.

Faites macérer pendant huit jours, passez au travers d'un linge avec forte expression, filtrez au papier dans un entonnoir fermé.

Au moment où on délivre un emplâtre au public, on l'enduit d'une forte couche de cette mixture ; en peu d'instants l'alcool et l'éther sont évaporés, il ne reste plus que la glycérine, qui communique à l'épithème sa flexibilité ordinaire.

La glycérine est un bon dissolvant pour quelques-uns des principes solubles de la cantharide : l'alcool et l'éther ont une action spéciale sur la cantharidine ; réunis, on en obtient un bon résultat.

Falsification de l'essence de badiane.

La badiane est une des bases de l'absinthe.

Depuis que cette liqueur a pris rang parmi nos boissons, l'essence de badiane subit dans le commerce de nombreuses falsifications. La plus grossière, celle pourtant qui est le plus souvent pratiquée, consiste à lui ajouter une huile fixe.

On nous a remis, pour l'analyser, une essence de badiane qu'on croyait falsifiée, parce qu'elle avait été livrée non coagulée : nos essais nous ont démontré qu'elle était parfaitement pure.

Les essences d'anis et de badiane offrent un phénomène qui a échappé à beaucoup de nos confrères ; nous le signalons : il leur évitera quelques-unes de ces réclamations dont nous venons de citer un exemple.

Si, au moyen de la chaleur, on liquéfie une des essences dont nous parlons, qu'on la laisse se refroidir dans le flacon sans le

boucher, elle prendra un aspect cristallin; si, au contraire, on bouche la bouteille de suite, l'essence restera liquide. Si actuellement on fait tomber dans cette essence 5 centigrammes de la même substance congelée, en moins d'une demi-seconde la masse du liquide, fût-elle de 1 kilogramme, se prendra en une gelée d'autant plus consistante que l'essence sera plus pure. Ce mode d'expérimentation peut donc être employé comme moyen d'essai; car l'essence falsifiée ne sera qu'à demi solidifiée.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Hémiplégie faciale syphilitique au début des accidents secondaires de la syphilis [1].

Mme N***, âgée de vingt-trois ans, a été réglée à quatorze ans et demi un peu difficilement; depuis, les règles ont été régulières, mais souvent accompagnées d'un peu de douleur, et jamais elles n'ont été bien rouges ni très-abondantes. A dix-huit ans, elles a eu une fièvre typhoïde légère, et depuis la santé est bonne. Cette dame est un peu chlorotique, elle a des migraines de temps en temps et son tempérament est un peu lymphatique.

Mme N*** s'est mariée à la fin de juin 1863, et sa santé continuait d'être bonne, quand le 24 juillet elle s'est aperçue qu'elle avait un petit bouton à la lèvre inférieure. Ce bouton fut d'abord considéré comme sans conséquence; mais comme, au lieu de guérir, il augmentait en largeur et en profondeur, la malade se décida à consulter un médecin. Le docteur qui vit la malade, le 7 ou 8 août, ne reconnut probablement pas la nature de l'affection, car il dit que ce n'était rien, et il conseilla seulement des cataplasmes et une pommade dont on n'a pu me donner la formule. Sous l'influence de ce traitement l'ulcération diminua un peu, la saillie s'affaissa légèrement; mais comme la marche était très-lente, et les progrès vers la guérison peu rapides, cette dame vint me consulter le 2 septembre.

Voici ce que je constatai : sur la partie interne de la lèvre inférieure, à gauche, près de la ligne médiane, existait une ulcération, qui était un vrai chancre en voie de cicatrisation; il avait encore à peu près 5 à 6 millimètres de diamètre, les bords étaient encore éle-

[1] Travail lu à la Société médicale d'observation.

vés, et le centre déprimé présentait dans une partie une couche grisâtre. La base était très-nettement indurée, et l'induration avait 12 millimètres environ de diamètre, ce qui renversait un peu la lèvre en dehors. Sous la mâchoire, je trouvai deux ganglions sous-maxillaires engorgés, l'un des deux était encore gros comme un petit œuf; ils étaient indolents, et la malade, qui les avait remarqués, ne s'en occupait pas, parce qu'ils n'avaient jamais été douloureux. J'examinai la malade avec soin, pour voir s'il n'y aurait pas déjà quelque accident secondaire; je ne trouvai ni roséole, ni plaques muqueuses, rien, si ce n'est un léger engorgement d'un ganglion post-cervical à droite. Etonné du siége de ce chancre, je cherchai à en découvrir l'origine, et voici ce que j'appris du mari, qui revint me voir le lendemain d'après ma demande. En 1854, il a eu un chancre induré au niveau du frein, et la même année des accidents secondaires, tels qu'une roséole, des pustules dans les cheveux et quelques plaques muqueuses dans la bouche. Il a pris pendant trois mois des pilules mercurielles, et, depuis neuf ans, il n'aurait eu aucun nouvel accident. Cependant cet homme a l'habitude de fumer, et toutes les fois qu'il fume la pipe, il remarque le lendemain qu'il a une petite ulcération à la lèvre inférieure; le cigare ne lui produit le même effet que lorsqu'il en a fumé plusieurs de suite. Je dois ajouter que ce monsieur, ayant une maîtresse avant de se marier, et ne lui ayant jamais rien communiqué, se croyait débarrassé de la syphilis, et il regardait la petite ulcération de la lèvre comme une ulcération simple due à la pipe. J'examinai ses parties génitales, et je n'y trouvai que la trace du chancre marquée par une tache blanche. A la lèvre inférieure, je constatai une ulcération superficielle présentant tous les caractères d'une plaque muqueuse; comme elle était indolente depuis quelque temps, M. N*** s'était mis à fumer la pipe plus fréquemment.

J'ordonnai alors à Mme N***, comme traitement local, de mettre tous les soirs une couche légère d'une pommade faite avec parties égales d'onguent digestif simple et d'onguent mercuriel, et en même temps je prescrivis, comme traitement général, de prendre tous les jours une pilule de Sédillot de 5 centigrammes. Cette dame revint me voir le 8 septembre, le chancre marchait vers la guérison, et il n'y avait encore aucun phénomène secondaire.

Vers le 20 septembre, la cicatrisation du chancre était complète, et comme les pilules fatiguaient la malade, elle les laissa sans en parler à personne.

A la fin de ce mois de septembre, Mme N*** commença à éprou-

ver des maux de tête et des douleurs rhumatoïdes, et bientôt la névralgie bi-temporale, si fréquente au début des accidents secondaires, devint très-intense et très-fatigante. Elle diminua beaucoup et cessa presque entièremeent vers le 5 ou 6 octobre, et le 8, la malade remarqua des rougeurs sur sa poitrine. Le 11 octobre, elle éprouva une vive douleur névralgique du côté droit de la face siégeant dans le nerf maxillaire supérieur. Elle vint me consulter le 13 pour sa névralgie faciale, qui la faisait beaucoup souffrir, et qui ne lui avait pas permis de dormir les deux nuits précédentes. Ayant constaté l'existence d'une roséole syphilitique, je pensai que cette névralgie était aussi sous la dépendance de la syphilis. Examinant la malade avec soin, je constatai l'engorgement des ganglions post-cervicaux des deux côtés, et je vis des plaques muqueuses au début sur les deux amygdales, surtout sur celle du côté gauche ; la malade avait bien éprouvé un peu de gêne pour avaler, mais ce symptôme était si léger, qu'elle n'avait pas pensé de m'en parler.

J'ordonnai alors de prendre tous les jours, soir et matin, une pilule de Sédillot de 3 centigrammes, et pour la névralgie, des compresses d'eau et de chloroforme.

Le 15. La névralgie étant encore presque aussi douloureuse, j'appliquai un vésicatoire à l'ammoniaque, et je le saupoudrai avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Les douleurs névralgiques diminuèrent peu à peu et disparurent le 18.

Le 19 octobre, à son réveil, Mme N***, éprouvant quelque chose d'anormal dans sa figure, se regarda dans son miroir et fut vivement effrayée en voyant sa figure déviée et un des côtés immobile. Elle m'envoya chercher, et je constatai une hémiplégie faciale du côté droit. Voici, en effet, ce que je trouvai : à l'état de repos, la figure est presque normale, le côté gauche paraît un peu bouffi et le côté droit un peu aplati, flasque et pendant ; la narine droite est immobile ; la paupière supérieure du côté droit est relevée, et dans les mouvements de clignement, la paupière s'abaisse un peu, mais n'arrive pas jusqu'à la paupière inférieure. Lorsque la malade veut fermer les yeux, elle peut abaisser complétement la paupière, mais pour cela, il faut qu'elle ferme les deux yeux, car elle ne peut fermer le droit seul. Du côté du nez, si l'on fait respirer fortement la malade, on voit la narine gauche se dilater facilement, tandis que la droite reste immobile, et la pointe du nez est légèrement déviée à gauche. Quand Mme N*** parle, sa bouche s'incline à gauche et en bas ; si on veut lui faire retenir de l'air dans sa bouche pendant les efforts d'expiration, la commissure droite s'ouvre et le laisse sortir ;

de même, quand elle veut souffler, sa bouche se divise à gauche et elle ne peut retenir l'air. L'ayant fait manger devant moi, elle remarqua que la mastication était difficile à droite, parce que les aliments, repoussés par la langue, s'entassaient entre la joue et les gencives, et sa langue ne pouvant pas les atteindre, elle fut obligée de les retirer avec son doigt. La langue restait au milieu et ne s'inclinait que légèrement à gauche, quand on maintenait l'orifice buccal à sa place normale. Le voile du palais n'était pas divisé. Ayant voulu m'assurer si le goût était diminué du côté droit, la malade me dit qu'elle croyait goûter aussi bien des deux côtés, et aussi bien qu'auparavant.

En présence de tous ces symptômes, je n'hésitai pas à admettre une hémiplégie faciale du côté droit, et je la regardai comme incomplète, parce que les mouvements, quoique très-affaiblis, étaient encore possibles, parce que la malade pouvait fermer les paupières, parce qu'il n'y avait pas d'épiphora causé par la déviation des points lacrymaux, parce que le voile du palais n'était pas dévié, et parce que la malade parlait assez facilement, prononçait assez bien les labiales, et ne présentait pas le symptôme désigné sous le nom de *fumer la pipe*.

Mais quelle était la nature de cette hémiplégie ? J'interrogeai avec soin ma malade, et je ne pus constater ni traumatisme, ni lésion cérébrale, ni impression du froid, ni émotion morale. Je dus alors, m'appuyant sur les phénomènes syphilitiques concomitants, regarder cette hémiplégie comme étant de nature syphilitique.

J'ordonnai des lotions insignifiantes pour tranquilliser la malade, et je fis continuer les pilules de Sédillot.

Le 22 octobre, il n'y avait encore aucun changement du côté de la face, la roséole pâlissait, et si les premières plaques muqueuses disparaissaient, il y en avait de nouvelles dans la bouche, et deux à la vulve. Je les cautérisai au crayon de nitrate d'argent.

Le 27 octobre, amélioration ; la paupière se ferme plus facilement, mais la conjonctive est un peu rouge ; la parole et la mastication sont plus faciles. Je prescris des lotions d'eau de roses sur la paupière.

Le mieux alla en augmentant peu à peu, et le 16 novembre, je regardai la malade comme guérie de son hémiplégie faciale. La roséole avait disparu ; mais la malade avait des plaques muqueuses qui récidivaient toujours dans la bouche et à la vulve, et, de plus, elle avait quelques croûtes de syphilide pustuleuse dans les cheveux. Je fis continuer le traitement antisyphilitique, et j'ajoutai

des pilules de quinquina et un gargarisme à la liqueur de Van Swieten.

Aujourd'hui 12 décembre, tous les accidents syphilitiques ont disparu, la santé générale est bonne, sauf quelques douleurs d'estomac, que je calme avec des pilules d'opium, et la malade continue toujours le traitement mercuriel.

En résumé, il s'agit, dans cette observation, d'une jeune femme de vingt-trois ans, qui est atteinte d'un chancre à la lèvre inférieure par contagion d'un accident secondaire. Ce chancre s'indure, est accompagné de ganglions indolents et indurés ; il met près de deux mois à se cicatriser, et la malade prend des pilules mercurielles pendant une quinzaine de jours. Deux mois après l'apparition du chancre, arrivent les prodromes de la seconde période, névralgie bi-temporale et douleurs rhumatoïdes dans les membres. Quinze jours après, la roséole se manifeste, suivie d'une névralgie faciale, qui ne dure que six à sept jours, et qui disparaît pour faire place à une hémiplégie faciale du même côté.

Cette hémiplégie faciale, que l'on ne peut rattacher à aucune autre cause, je la regarde comme étant de nature syphilitique, et le traitement vient démontrer l'exactitude du diagnostic, puisque, sous la seule influence des pilules mercurielles, elle disparaît en moins d'un mois, en même temps que la roséole syphilitique.

L'hémiplégie faciale est rare au début des accidents secondaires. En effet, si l'on fait des recherches dans les auteurs des siècles précédents qui ont écrit sur la syphilis, on ne trouve aucune observation d'hémiplégie faciale arrivée pendant la seconde période de la syphilis. Tous ces auteurs admettaient que le système nerveux pouvait, lui aussi, être attaqué par la syphilis ; mais, comme jusqu'à Hunter tous les syphiliographes regardaient comme de nature syphilitique tous les accidents qui arrivaient aux individus placés sous cette diathèse, on ne peut accorder une grande importance à leurs observations.

Depuis Hunter, au contraire, il y a eu une réaction en sens inverse, et on n'admit plus que rarement et difficilement la nature syphilitique d'une affection, même lorsqu'elle était bien due à l'influence de la syphilis. Et aujourd'hui encore beaucoup de médecins ne veulent pas admettre des accidents nerveux syphilitiques. Ce sont surtout les accidents nerveux sans lésion matérielle que l'on refuse de considérer comme de nature syphilitique. Ceux qui sont la conséquence de la compression d'un nerf par une tumeur gommeuse, par une exostose, etc., sont admis aujourd'hui par le plus grand

nombre des médecins ; mais ceux qui ne sont accompagnés d'aucune lésion appréciable, ne sont admis que par très-peu d'auteurs. Cependant, maintenant que l'attention est attirée sur ces accidents nerveux arrivant pendant la seconde période de la syphilis, les observations, quoique rares encore, se multiplient.

Voici celles que j'ai trouvées comme rentrant exactement dans mon sujet : dans le Traité de MM. Gros et Lancereaux, les observations 68 et 69, dues à MM. Yvaren et Lancereaux, sont deux hémiplégies faciales arrivées quatre ou six mois après l'accident primitif. Le traitement ordinaire ne réussit pas, et le mercure les guérit en quelques semaines. Dans les observations 258 et 259, on signale un engorgement considérable des ganglions mastoïdiens, et on semble attribuer l'hémiplégie à cet engorgement ; je ne crois pas devoir admettre cette cause : l'engorgement est une coïncidence, un autre accident syphilitique, mais il ne peut amener l'hémiplégie par compression du nerf facial. Dans ces deux cas, la guérison fut très-rapide sous l'influence du traitement mercuriel. Il en fut de même dans les observations 260 et 261. Ces auteurs, qui ont fait de minutieuses recherches, n'ont trouvé que six cas d'hémiplégie faciale arrivant pendant la seconde période de la syphilis, et n'étant pas produits par la compression du nerf de la septième paire, par un accident tertiaire.

Depuis la publication de leur remarquable *Traité des affections nerveuses syphilitiques*, il y a eu un fait nouveau rapporté dans la *Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 27, par le docteur Maunier. C'était un homme syphilitique depuis deux ans, ayant une hémiplégie faciale depuis près d'un an, et traité par tous les moyens : sous l'influence du traitement mercuriel la paralysie disparaît en quatre mois.

M. le docteur Marty a publié, dans la *Gazette des hôpitaux*, un fait d'hémiplégie faciale complète, traitée par le mercure. Enfin, dans le même recueil on trouve une observation de M. le docteur Bahuaud, dans laquelle la paralysie arriva au bout d'un mois, et guérit en vingt et quelques jours sous l'influence du traitement mercuriel.

On peut voir que les observations d'hémiplégie faciale syphilitique sont rares, et M. Langlebert, qui a vu des milliers de malades vérolés, n'en a observé qu'un seul cas. Cependant, si ces observations sont rares, elles ne le sont pas autant que semble le prouver le petit nombre de faits publiés. En effet, il doit y avoir des faits observés et non publiés, et surtout des faits dans lesquels on ne reconnaît pas la nature de l'affection ; et ces hémiplégies faciales

syphilitiques guérissant seules, comme les autres accidents secondaires, on attribue leur guérison à l'influence du traitement que l'on a fait, et de là on les met sous l'influence de telle ou telle cause.

Je dois, en terminant, faire remarquer que, dans les dix observations que j'ai citées, la guérison a été d'autant plus rapide, que l'on avait commencé le traitement spécifique à une époque plus rapprochée du début de la paralysie.

Dr Lefeuvre,
Ancien interne des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des Tumeurs, par M. Paul Broca, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris; chez P. Asselin, place de l'Ecole-de-Médecine.

La question des tumeurs a vivement préoccupé les chirurgiens modernes. Elle constitue, en effet, la partie sinon la plus importante, du moins la plus intéressante et la plus difficile de la pathologie externe. La science a fait sur ce sujet des progrès inouïs depuis une quinzaine d'années. S'il est exagéré de dire qu'à l'obscurité a succédé la lumière, car plusieurs points sont encore assez confus, ce serait nier l'évidence que de nier les résultats des études micrographiques sur ce sujet.

M. Broca s'est proposé de publier un traité complet des tumeurs. C'est toujours un événement heureux pour la science, lorsque ce savant chirurgien fait une publication, car peu d'hommes possèdent sa verve et son érudition ; mais il est doublement heureux qu'il ait traité des tumeurs, car, plus que tout autre, ses études antérieures l'avaient depuis longtemps préparé à composer un ouvrage que nous n'avions pas en France.

M. Broca a été l'un des champions qui ont le plus vaillamment lutté pour acclimater dans notre pays l'usage du microscope, ses efforts ont été couronnés de succès, car nous concevrions difficilement aujourd'hui l'étude de la pathologie privée de ce puissant moyen d'investigation.

L'ouvrage se composera de deux parties : les tumeurs en général sont traitées dans le premier volume, et les tumeurs en particulier formeront l'objet du second.

Nous sommes obligé de déclarer qu'une analyse nécessairement succincte est incapable de donner une idée exacte de cette

première partie. A chaque instant des questions d'une importance capitale sont magistralement résolues par l'auteur. Ce sont : l'origine et la formation des productions accidentelles ; leur étiologie : diathèses générales, partielles ; influences héréditaires, etc. La question si controversée de la dégénérescence ; les métamorphoses que subissent les tumeurs, leur propagation aux tissus limitrophes, leur marche. C'est encore la généralisation des pseudoplasmes, leur récidive, etc.

Comme dans son *Traité des Anévrismes*, M. Broca donne ici une très-grande place au traitement ; il étudie successivement toutes les méthodes, les critique, les compare, les juge, et prouve ainsi, d'une façon éclatante, que s'il a jeté par ses travaux personnels une vive lumière sur la partie histologique des tumeurs, il n'en a pas moins étudié avec une rare sagacité le côté clinique et pratique.

Il est extrêmement intéressant de suivre l'auteur dans l'historique général qu'il fait des productions accidentelles. C'est là qu'éclate sa profonde et saine érudition. Il ne se contente pas d'énumérer sèchement les différents systèmes qui se sont succédé, il recherche les causes et les trouve. M. Broca le dit bien mieux que je ne saurais le faire dans les phrases suivantes : « J'ai concentré toute mon attention sur l'origine des idées et des systèmes, sur les obstacles qui ont arrêté nos devanciers, sur les erreurs des méthodes qui les ont égarés. Le galénisme, le cartésianisme, le broussaisisme nous ont montré l'impuissance des hypothèses et du raisonnement substitués à l'observation ; l'exemple de Laennec et d'Abernethy nous a appris l'insuffisance des recherches anatomiques faites sans le secours du microscope ; celui de Muller et de ses élèves nous a fait voir où conduit l'anatomie pathologique pure qui ne s'appuie pas sur l'observation clinique ; enfin la stérilité des efforts des praticiens exclusifs, obligés dans tous les temps, pour masquer leur ignorance, de se réfugier dans l'hypothèse de la dégénérescence, nous a donné la mesure de ce que peut faire la clinique pure quand elle ne s'éclaire pas au flambeau de l'anatomie pathologique. »

Nous ne saurions trop recommander le chapitre où l'auteur traite de la théorie cellulaire. On y verra cette théorie, prenant d'abord naissance en France, être formulée par Raspail et Royer-Collard, avant qu'elle ne nous revienne d'Allemagne. On y suivra avec admiration la critique judicieuse sous laquelle croule cette théorie fameuse émise par Schwann et Schleiden, ainsi que la théorie du développement continu, de Virchow, qui n'est qu'un dérivé de la précédente, et le lecteur ne manquera pas de partager l'avis de

M. Broca, quand il dit : « Le point essentiel de l'étude des éléments pathologiques n'est pas de savoir d'où ils viennent, mais ce qu'ils sont. »

L'espace ne nous permet pas de développer la classification proposée par l'auteur; je dirai seulement qu'il admet quatre grandes classes :

1° Productions homœomorphes, divisées en homologues et hétérologues;

2° Productions hétéromorphes (cancer, tubercule, pus);

3° Productions amorphes;

4° Animaux parasites enkystés.

M. Broca combat longuement cette opinion, encore adoptée par quelques auteurs, qu'un grand nombre de tumeurs sont dues à la transformation des tissus naturels en tissus accidentels. Il conclut d'une façon formelle qu'il peut y avoir substitution d'un tissu à un autre, mais que *jamais un tissu normal complétement formé ne se transforme en un autre tissu*.

Il serait nécessaire de passer ainsi en revue chacun des nombreux chapitres qui tous contiennent des faits d'une haute importance. Toutefois, je n'en donnerais ainsi qu'une faible idée au lecteur. Lisez le *Traité des Tumeurs*, méditez-le sérieusement, et vous serez convaincu, comme moi, que la science possède peu d'ouvrages aussi irréprochables et aussi solidement construits que l'ouvrage de M. Broca.

Dr Tillaux,
Chirurgien de Bicêtre.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la médication reconstituante dans la pneumonie. — Nous empruntons au journal anglais *The Lancet*, pour les mettre sous les yeux de nos lecteurs et les soumettre à leur appréciation, deux cas de pneumonie traités en même temps dans les salles de clinique à l'Infirmerie Royale d'Edimbourg. En publiant ces faits, M. Hughes Bennett les présente comme de frappants exemples de la supériorité des effets de la médication réparatrice comparativement à ceux que procure la thérapeutique dite antiphlogistique. Ces exemples et les remarques qu'y a ajoutées l'éminent professeur ne sauraient paraître sans intérêt, dans un temps où l'on voit fortement ébranlées les bases, regardées jusqu'ici comme si solides, sur lesquelles reposait le traitement de la pneumonie.

Obs. I. *Pneumonie double, occupant la totalité du poumon droit et les deux tiers inférieurs du poumon gauche; maladie du cœur; pas de saignées; effets palliatifs des cataplasmes chauds; convalescence le quatorzième jour de la maladie; guérison et sortie le seizième du séjour à l'hôpital.*—John B***, âgé de cinquante-sept ans, colporteur, entré à l'Infirmerie Royale le 20 décembre 1860.

Cet homme a été congédié de l'armée en 1847, pour une affection de poitrine de longue durée, qui s'accompagnait de toux, d'expectoration, d'hémoptysies et d'aphonie. Il y a neuf ans il a été atteint d'un rhumatisme intense et depuis ce temps il est resté sujet à des palpitations. Dans la soirée du 14 décembre, après avoir été exposé au mauvais temps, il fut pris d'un frisson violent, suivi d'une forte fièvre, de toux, d'expectoration, et, le 16, d'un point de côté à la base du poumon droit en avant. Ces symptômes n'ont fait que s'aggraver jusqu'au jour de l'admission à l'hôpital.

Au moment de l'entrée, le malade présentait les symptômes suivants : dyspnée considérable, 56 respirations par minute. Douleur poignante à la partie antérieure droite de la poitrine, augmentant dans l'inspiration. Toux pas très-fréquente, mais intense, avec expectoration spumeuse peu abondante. A la percussion, la surface antérieure du thorax est sonore, à l'exception de la partie correspondante au tiers inférieur du poumon droit, qui est mate. A l'auscultation, on perçoit de la crépitation dans toute l'étendue du côté droit où siége la matité, et une rudesse prononcée du bruit respiratoire dans les deux tiers supérieurs. En arrière, matité à la percussion dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, avec râle crépitant, sibilance à l'expiration, et augmentation considérable de la résonnance vocale à l'auscultation. Dans le côté gauche, pas de matité à la percussion; mais, à l'auscultation, légère crépitation à la base. Pouls à 104, assez fort; cœur non examiné en raison de l'intensité de la dyspnée. Légère céphalalgie. Langue converte d'un enduit blanc humide; soif vive; anorexie; ventre libre. Face vultueuse, yeux congestionnés; peau chaude, mais sans sécheresse. Urine fortement colorée, transparente; densité, 1025; pas d'albumine; diminution des chlorures. Prescription : mixture composée d'acétate d'ammoniaque liquide, 30 grammes, esprit d'éther nitrique, 8 grammes; eau, 150 grammes; à prendre par cuillerée à bouche toutes les quatre heures. Fort thé de bœuf.

Le 21 décembre : Nuit sans sommeil. Pas de diminution dans l'intensité des symptômes. A la percussion en arrière, la matité du côté droit s'étend actuellement du sommet à la base, et, du côté gauche, occupe le tiers inférieur du poumon. A l'auscultation, respiration tubaire, râle crépitant et égophonie très-distincte du côté droit; crépitation bruyante au niveau de la partie mate du côté gauche, et, au-dessus, du même côté, respiration puérile. Pouls à 92, assez fort. L'intensité de la dyspnée et la rudesse du bruit respiratoire ne permettent pas d'examiner le cœur d'une manière satisfaisante; mais, en recommandant au malade de retenir un moment sa respiration, on entend très-distinctement un souffle au premier bruit et à la pointe. Céphalalgie intense, vive douleur du côté

droit. Diminution encore plus marquée des chlorures dans l'urine, qui est claire. Appliquer un large cataplasme chaud sur la moitié inférieure du thorax à droite; continuer le thé de bœuf.

Le 22 décembre. Tous les symptômes persistent au même degré, à l'exception de la douleur du côté droit, qui a disparu et est remplacée par un point douloureux à gauche. Expectoration visqueuse, rouillée, mélangée par places de coloration orangée. Urine chargée d'urates. Supprimer la mixture saline et la remplacer par la suivante, à prendre par deux cuillerées à bouche à la fois toutes les quatre heures : esprit d'éther nitrique, 12 grammes; vin de colchique, 4 grammes; eau, 175 grammes [1]. Large cataplasme chaud sur le côté gauche.

Le 23. Hier, à la visite du soir, on a trouvé le malade respirant librement, sans douleur, la respiration à 44, le pouls à 104, mou. Le malade a pris 30 grammes de vin mélangé d'eau. Il a éprouvé un grand soulagement des cataplasmes chauds. Aujourd'hui, à la visite, encore un peu de douleur dans la toux. Crachats orangés. Matité diminuée à droite, mais étendue à gauche aux deux tiers inférieurs du poumon. Urine fortement chargée d'urates. Vin de Porto, 160 grammes par jour.

Le 25. Urine toujours chargée d'urates; retour des chlorures. Pouls à 80, mou.

Le 28. Bon sommeil. Langue humide, nette sur les bords; pouls à 78, mou. Les signes physiques diminués d'intensité; cependant crépitation encore perceptible par intervalles dans les parties affectées des poumons. 125 grammes de viande pour le repas de midi; le malade mange avec appétit. Convalescence.

Le 4 janvier. Depuis la date de la dernière note, les symptômes et les signes physiques ont disparu rapidement, à l'exception d'un peu de matité avec augmentation de la résonnance vocale à la base du poumon gauche. Souffle doux à la pointe du cœur. Exeat.

Obs. II. *Pneumonie double, occupant la totalité du poumon droit et le tiers du poumon gauche; albuminurie; saignée au début; grande prostration; convalescence le vingt-septième jour; sortie de l'hôpital impossible avant le trente-huitième jour.* — James P***, âgé de quarante-sept ans, carrier, admis dans les salles de la clinique, à l'Infirmerie Royale, le 19 décembre 1860.

Cet homme a toujours été robuste, mais, d'après son aveu, livré à des habitudes d'intempérance. Pendant les huit dernières années, il a eu deux ou trois fois de graves inflammations de poitrine, semblables à celle dont il est maintenant atteint. Le 17 de ce mois, travaillant dans un tunnel avec ses vêtements mouillés, et exposé à un fort courant d'air, il a été pris de frisson, de céphalalgie et de soif vive. Rentré chez lui, il ne put manger et ressentit de la douleur dans le côté droit, douleur qui devint bientôt si violente, qu'il envoya chercher un médecin : celui-ci crut devoir pratiquer une saignée de vingt onces, en faisant la remarque, en même temps, qu'on

---

[1] La conversion des mesures anglaises en mesures françaises a été donnée en nombres ronds.

n'a plus l'habitude de saigner aujourd'hui. Le malade dit qu'il éprouva un peu de soulagement à la suite de l'opération, mais que pendant la nuit il fut très-agité, eut beaucoup de soif, un grand mal de tête, la peau chaude, de la douleur de côté et de la toux. Le lendemain, tous ces symptômes étaient aggravés et de l'expectoration était venue s'y joindre; le jour suivant, se trouvant encore plus mal, P*** s'est décidé à se faire admettre à l'hôpital.

Au moment de l'entrée, à une heure après midi, bien que dans un grand état d'épuisement, il pouvait marcher et rendre compte clairement de ce qui avait rapport à sa maladie. Néanmoins on crut devoir commencer par le faire mettre au lit et par lui administrer deux cuillerées à bouche de vin de Porto additionnées de fort thé de bœuf toutes les deux ou trois heures, en renvoyant l'examen à la visite du soir. — Le soir, à neuf heures : le malade a une toux brève et fréquente, avec expectoration spumeuse, tenace et légèrement rouillée. Il accuse un malaise dans la région sous-mammaire droite, qui devient une véritable douleur lorsqu'il tousse, respire longuement ou fait quelque mouvement. L'inspiration est courte et précipitée, l'expiration prolongée. A la percussion en avant, il y a de la matité dans tout le côté droit du thorax, mais plus marquée à partir d'une ligne horizontale située à un pouce au-dessus du mamelon jusqu'à la matité hépatique. Poumon droit résonnant. A l'auscultation, il existe du râle crépitant dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine, mais ayant son maximum d'intensité à environ deux pouces au-dessus du mamelon ; on perçoit également au même point une augmentation considérable de la résonnance de la voix. A gauche, la respiration est puérile. En arrière, matité absolue avec crépitation et résonnance vocale retentissante dans les deux tiers inférieurs du poumon droit ; souffle tubaire dans le tiers supérieur. Dans le côté gauche, respiration puérile partout. Pouls à 106, faible. Lèvres sèches ; langue couverte au centre d'un enduit épais, humide sur les bords ; bouche mauvaise ; anorexie. Céphalalgie frontale, avec rêves effrayants la nuit, interrompus par une toux fréquente. Deux garde-robes depuis l'entrée. Urine de couleur orangée trouble ; densité, 1015 ; diminution marquée des chlorures ; présence d'une quantité considérable d'albumine. Peau chaude, mais un peu moite. Le malade ne peut se tenir que dans le décubitus dorsal, et paraît fortement prostré.

Le 20 décembre. Bon sommeil la nuit dernière. Respiration plus faible. Expectoration abondante consistant en une matière visqueuse tenace, couleur jus d'abricot. Matité marquée dans toute l'étendue du poumon droit, avec respiration tubaire dans le tiers supérieur. Signes physiques et autres symptômes de même. 190 grammes de vin, et toutes les quatre heures une cuillerée à bouche de la mixture suivante : vin d'antimoine, 4 grammes ; solution d'acétate d'ammoniaque, 30 grammes ; eau, 175 grammes.

Le 21 décembre. Hier soir, le médecin interne a reconnu du râle crépitant dans le tiers inférieur du côté droit en arrière. Nuit agitée. Aujourd'hui épuisement considérable : le malade ne peut se mouvoir ; la face est pâle et anxieuse. Respiration bruyante et tra-

chéale; 42 respirations. Expectoration moins abondante, mais ayant le même caractère. Bruits du cœur indistincts. Pouls à 88, faible, irrégulier et intermittent. Tendance constante au sommeil. Urines toujours albumineuses, contenant peu de chlorures. En raison de la faiblesse extrême, l'examen physique de la poitrine n'est pas pratiqué. Une cuillerée à bouche de vin de Porto dans du thé de bœuf toutes les deux heures.

Le 22. Garde-robe abondante hier dans l'après-midi. Peu de sommeil pendant la nuit par suite de la toux, de la dyspnée et de rêves effrayants. Aujourd'hui matité, souffle tubaire et bronchophonie au-dessous de l'omoplate gauche. Les signes physiques sans changement du côté droit. Pas d'appétit; cependant les aliments prescrits sont pris régulièrement. Suspendre l'usage de la mixture.

Le 23. Nuit agitée; mais léger mieux le matin. La respiration tubaire dans le tiers supérieur du poumon droit et sous l'omoplate gauche transformée en gros râle crépitant. Toujours beaucoup d'épuisement.

Le 24. Nuit meilleure. Pouls à 84, plus plein et moins irrégulier. Respiration plus facile et moins rapide. Expectoration moins tenace, mais spumeuse et d'un jaune sale.

Le 25. Respiration plus aisée; le malade lui-même se trouve mieux.

Le 31. Même état depuis la dernière date. La soif et les symptômes fébriles persistent, principalement la nuit. Peu d'appétit; néanmoins essayer un peu de viande.

Le 12 janvier. Depuis la dernière note, les signes physiques sont allés s'atténuant avec lenteur, et le malade a repris graduellement de la force. Le retentissement de la voix, le souffle bronchique, le râle crépitant des deux côtés de la poitrine en arrière, persistent encore, mais sont actuellement beaucoup diminués. Expectoration peu abondante, spumeuse, muqueuse et légèrement purulente. Bon sommeil la nuit dernière, et moins d'excitation fébrile. Pouls à 78, de bonne force. Aujourd'hui seulement le malade peut être considéré comme entrant en convalescence.

Le 26. Les forces se sont améliorées lentement. Il y a encore un peu de toux et d'expectoration. L'urine continue à être albumineuse. Depuis quelquesjours, P*** a pris un peu d'exercice au dehors. Exeat.

Le 28 avril, il rentre à l'Infirmerie. Depuis sa sortie, P*** est retourné à ses travaux dans un tunnel. Il y a trois jours, il a eu des frissons, mais n'en a pas moins continué à travailler pendant trois heures. Il est alors revenu chez lui, et un médecin, qu'il a fait appeler, lui a appliqué des ventouses scarifiées ; mais il ne sait quelle quantité de sang s'est écoulée, ayant perdu connaissance pendant l'opération. Au moment de l'entrée, on reconnut l'existence d'une matité dans toute l'étendue du côté droit en avant, plus prononcée du sommet à la troisième côte. A l'auscultation, souffle bronchique dans le tiers supérieur, et râle crépitant dans les deux tiers inférieurs, avec double bruit de frottement et augmentation du retentissement de la voix. Du côté gauche, en avant, matité depuis le

sommet jusqu'à la quatrième côte; résonnance normale au-dessous. A l'auscultation, respiration tubaire, avec sibilance dans l'inspiration et résonnance vocale exagérée. En arrière, à droite, matité marquée du sommet à l'angle inférieur de l'omoplate, et, à gauche, du sommet à la base. Dans toute l'étendue de la matité, respiration bronchique, avec double bruit de frottement du côté droit et râle crépitant à la base du côté gauche. Toux intense; dyspnée considérable; expectoration modérée, glutineuse, d'une coloration vert sale. Prostration extrême. Pouls à 108, très-faible.

Le traitement fut le même que lors de la première attaque de pneumonie. Le 16 mai, le malade entrait en convalescence, bien qu'encore très-faible, et mangeait avec appétit un œuf et du pouding au riz; il prenait chaque jour 190 grammes de vin de Porto. A partir de cette époque, il reprit peu à peu ses forces, et reçut son exeat le 30 mai, ayant encore de la matité relative à la percussion du côté droit, du sommet à l'angle inférieur de l'omoplate; mais à cela près, et d'une certaine rudesse du murmure respiratoire à l'inspiration, il était sous tous les rapports dans l'état normal.

M. Hughes Bennett fait suivre ces observations, que nous venons de traduire textuellement, des remarques suivantes :

Le premier de ces cas, dit-il, présentait la pneumonie la plus grave et la plus étendue que j'aie jamais vue, embrassant, comme elle le faisait, toute l'étendue du poumon droit et les deux tiers du gauche. La maladie se trouvait en même temps compliquée d'insuffisance mitrale, et occasionnait une dyspnée, une lividité de la face, de la douleur et du malaise général, à un degré qu'on rencontre rarement. L'expérience, toutefois, m'ayant appris que le danger de tels symptômes est plus apparent que réel, je n'entrepris pas de les combattre au moyen des ventouses ou de la saignée. Concurremment avec les salins et les analeptiques, j'eus recours à l'emploi de larges cataplasmes chauds, que je fis appliquer sur les côtés douloureux, ce qui produisit immédiatement un grand soulagement, et parut être à la fois et plus calmant pour le malade, et d'un effet plus persistant que des saignées peu abondantes. Depuis que j'ai observé ce cas, j'ai continué cette pratique avec les meilleurs résultats, et jamais je n'ai employé la saignée sous aucune forme comme palliatif; non pas que je regarde la perte d'une petite quantité de sang comme dangereuse ou incapable de procurer du soulagement, mais parce que cela n'est pas nécessaire. De larges cataplasmes chauds soulagent davantage, et peuvent peut-être aider à la transformation de l'exsudation dont le poumon est le siége et en faciliter la résolution.

Le second cas offre aussi un exemple de pneumonie double d'une grande gravité. Contrairement au malade précédent, celui-ci avait

été soumis à une émission sanguine le jour de l'invasion, et la saignée, bien loin de produire un résultat avantageux, avait été suivie d'une prostration telle, que, pendant trois jours, la terminaison fatale était attendue d'heure en heure. Néanmoins, grâce au thé de bœuf et au vin qui furent administrés assidûment, le malade se rétablit peu à peu. La convalescence ne put être considérée comme réellement commencée avant le vingt-septième jour de la maladie, et il n'y eut pas possibilité de permettre la sortie avant le trente-huitième jour.

Maintenant si, comme quelques personnes le soutiennent, l'étude des cas individuels nous instruit plus que les recherches statistiques, il y a beaucoup à apprendre relativement au traitement de la pneumonie dans les deux cas qui viennent d'être rapportés. Les sujets avaient tous deux été atteints de maladies antérieures; mais l'avantage de l'âge et de la vigueur constitutionnelle était en faveur de P. — Tous deux avaient une pneumonie double; mais chez P. elle n'était pas aussi étendue que chez B. — Chez tous deux la maladie fut compliquée; mais la complication dont B. fut affecté était davantage de nature à accroître l'intensité de la maladie pulmonaire. — Le cas de B. était, à tous les points de vue et sans que cela puisse faire question, le plus grave des deux; cependant B. se rétablit rapidement et fut renvoyé de l'hôpital en bon état au bout de seize jours de traitement, tandis que P. ne se remit qu'avec lenteur d'une prostration extrême, et ne put sortir avant le trente-huitième jour.

L'expérience tout entière tend à prouver que la cause de cette différence réside dans le traitement. La saignée, chez le second malade, bien que pratiquée le jour même de l'invasion, — c'est-à-dire à l'époque où, d'après ce que nous disent les auteurs qui soutiennent cette méthode thérapeutique, elle est apte à produire les meilleurs effets et à juguler la maladie, — la saignée amena une prostration qui fut bien près d'être fatale. Il est aussi à remarquer que le même sujet, lors de la seconde attaque, fut ventousé jusqu'à production de syncope, avec un effet déprimant semblable. Ainsi les émissions sanguines, soit par la phlébotomie, soit par les ventouses, ne produisirent, chez cet homme, ni ce soulagement marqué, ni cette palliation des symptômes qu'on leur a attribués. Il est clair, par conséquent, au moins pour ce qui est de ces deux cas, que ce ne furent ni l'étendue de la maladie ni la gravité des symptômes qui entraînèrent la différence des résultats, mais bien le traitement réparateur dans l'un, et dans l'autre la faiblesse pro-

duite par la perte de sang. Cette conclusion trouve sa confirmation dans le tableau statistique que j'ai publié à une époque précédente, et qui démontre clairement que sur 15 cas où la totalité d'un des poumons était affectée, et sur 26 où l'affection occupait des portions des deux poumons à la fois, la rapidité de la guérison dépendit, non pas tant de l'étendue de tissu enflammé, comme on le suppose généralement, que de la méthode réparatrice ou déprimante de traitement qui fut mis en usage.

Relativement à ce point particulier, le tableau suivant, dont je suis redevable à l'obligeance de M. M'Dougall, surintendant actuel de l'Infirmerie Royale, présente un grand intérêt, car il fait connaître le nombre de malades qui sont entrés dans cette institution depuis 1839, le nombre de cas de pneumonie et les résultats.

ANNÉES.	NOMBRE total des cas admis à l'infirmerie.	CAS DE PNEUMONIE.		
		Traités.	Guérisons.	Morts.
Du 1er juillet 1839 au 1er octobre 1841.	7969 *	139	90	49
Du 1er octobre 1841 au 1er octobre 1842.	3537	42	26	16
Du 1er octobre 1842 au 1er juillet 1843.	2760	41	26	15
Du 1er juillet 1843 au 1er octobre 1844.	6977 *	31	20	11
Du 1er octobre 1844 au 1er octobre 1845.	3252	50	37	13
— 1845 — 1846.	3638	47	31	16
— 1846 — 1847.	7435 *	93	52	41
— 1847 — 1848.	7064 *	104	60	44
— 1848 — 1849.	3686	88	71	17
— 1849 — 1850.	3078	81	65	16
— 1850 — 1851.	4637	73	52	21
— 1851 — 1852.	4341	108	86	20
— 1852 — 1853.	4262	84	63	21
— 1853 — 1854.	4211	47	34	13
— 1854 — 1855.	3990	64	53	11
— 1855 — 1856.	3816	68	56	12
— 1856 — 1857.	3358	39	36	3
— 1857 — 1858.	3465	61	56	5
— 1858 — 1859.	3718	50	43	7
— 1859 — 1860.	3894	54	43	11
— 1860 — 1861.	3937	78	70	8
— 1861 — 1862.	3892	73	63	10
— 1862 — 1863.	4384	86	75	11
— 1863 — 1864.	4253	59	49	10
— 1864 — 1865.	4585	48	42	6

* Ces années il régna de grandes épidémies de fièvres.

Ce tableau se divise naturellement, fait remarquer M. Bennett, en trois périodes : La première précédant octobre 1848, pendant laquelle le traitement antiphlogistique fut la règle, et où sur 547 cas de pneumonie il y eut 205 morts, ou plus de 1 décès sur 2 1/2 cas. La seconde commençant en octobre 1848, époque où je fus nommé professeur de clinique et où j'introduisis la médication réparatrice,

et s'étendant jusqu'à octobre 1856; il se présenta pendant sa durée 609 cas de pneumonie, sur lesquels il y eut 131 morts, ou moins de 1 sur 4 1/2 cas. La troisième période partant de 1856-57, époque où commença la controverse sur les émissions sanguines qui fixa si fortement l'attention du monde médical sur la médication reconstituante dans la pneumonie : depuis le début de cette période jusqu'à ce jour, 550 cas de pneumonie furent admis à l'Infirmerie, desquels 71 seulement se terminèrent d'une manière fatale, soit 1 décès sur 7 3/4 cas. Ce sont là des chiffres dont le langage paraît suffisamment éloquent.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Anesthésie locale par l'éther pulvérisé. Les dangers si redoutables que l'usage des anesthésiques généraux fait courir aux malades, les accidents malheureusement si nombreux qu'enregistrent encore chaque jour les annales de la science, ont fait depuis longtemps chercher les moyens de substituer l'anesthésie locale à l'inhalation de l'éther ou du chloroforme. Simpson, Nunneley, J. Roux, Aran, Hardy (de Dublin), etc., cherchèrent surtout, dans l'usage de l'éther appliqué localement, à l'état liquide ou de vapeurs, à anesthésier les nerfs de la partie sur laquelle devait agir l'opérateur, regardant l'éther ou le chloroforme comme ayant une action stupéfiante particulière, même appliqués localement. Guérard, suivi par Richet, Follin, Lecomte, cherchèrent au contraire, par la vaporisation rapide de l'éther instillé sur la partie qu'ils voulaient rendre insensible, à amener une réfrigération locale rapide et complète. Pour les premiers, l'éther agissait par ses propriétés stupéfiantes, narcotiques, hyposthénisantes; pour les seconds, il n'agissait que par ses propriétés physiques, la production du froid sous l'influence d'une rapide évaporation.

Les insuccès ont été la règle dans les expériences faites suivant la première méthode; ils ont été, au contraire, l'exception dans l'application de la seconde. Les bons et excellents effets anesthésiques de la congélation superficielle, obtenue par des mélanges réfrigérants de Velpeau et de Arnott, nous portent à penser que, l'analogie des effets s'ajoutant à l'analogie de la cause, c'est par ses propriétés frigorifiques que l'éther, s'évaporant activement à la surface de la peau, produit l'anesthésie; comme c'est par asphyxie incomplète qu'il amène l'anesthésie dans les cas où il est inhalé. Tous les corps fortement carbonés, et par conséquent asphyxiants, mélangés à l'air et introduits dans les poumons, peuvent servir d'agents anesthésiques (éther, chloroforme, amylène, oxyde de carbone, acide carbonique, chlorocarbone, etc.); les seuls bons sont ceux qui ne sont pas toxiques par eux-mêmes; les meilleurs sont ceux dont la composition est la plus stable et la plus pure. Tous les corps capables d'amener une réfrigération considérable des parties sur lesquelles on les applique amèneront l'anesthésie locale (glace, mélanges réfrigérants, éther, chloroforme, benzine, hydrure d'amyle, kérosolène, etc.). C'est sur cette dernière considération, et en se servant de l'éther comme agent de réfrigération, que M. Richardson s'est appuyé pour rechercher un moyen facile d'amener l'anesthésie locale.

L'article de M. Richardson qui a paru dans le *Medical Times* a vivement attiré l'attention, et de nombreuses expériences ont déjà été faites en Angleterre. M. Lefort ne possédant pas l'appareil de Richardson a fait des expériences avec le pulvérisateur de Lüer, qui a l'avantage de soumettre l'éther à une pression très-énergique, et voici ce qu'il a obtenu :

Sept ou dix secondes suffisent pour faire baisser à 20 degrés le thermomètre sur la boule duquel nous projetions le jet d'éther; en moins d'une demi-minute, le dos de la main était refroidi et anesthésié au point de ne pas nous laisser sentir l'introduction d'une aiguille; nous avons, avec l'emploi de ce moyen, ouvert plusieurs bubons sans que les malades aient éprouvé aucune douleur. La pulvérisation de l'éther a, sur l'ancien procédé, l'avantage d'une rapidité et d'une action plus complètes, et sur les mélanges réfrigérants celui d'une application plus facile. On a pu, par ce moyen, arracher des dents sans faire souffrir le patient, et ce procédé (français, retour d'Angleterre) est appelé à rendre des services réels dans les petites opérations, *où l'on n'agit que sur les parties superficielles*, et surtout pour l'ouverture des abcès. (*Gazette hebdomadaire.*)

Amputation de l'utérus. La chirurgie a fait, depuis quelques années, des progrès tels, sous le rapport de la hardiesse, qu'on pratique journellement aujourd'hui des opérations qu'on eût jugé autrefois impraticables matériellement et moralement. *Melius anceps remedium quam nullum* est un précepte à l'application duquel nous devons l'ovariotomie; on peut y ajouter l'extirpation de l'utérus par l'ouverture de l'abdomen, car on ne peut mettre en parallèle l'enlèvement de cet organe renversé ou prolapsé hors de la vulve.

L'amputation de l'utérus, faite pour la première fois, par Clay, en août 1845, a été répétée depuis par plusieurs chirurgiens étrangers, et en France par M. Kœberlé. La dernière opération est celle de M. Storer, de Boston, en septembre 1865. Sa malade, A. Colcord, âgée de quarante-sept ans, portait une énorme tumeur utérine, fluctuante sur certains points, résistante et solide sur d'autres, et qu'on supposait être une tumeur fibro-cystique, analogue à celles décrites par West, Kiwisch et Paget. La vie de la malade était mise en danger par l'accroissement de la tumeur. M. Storer, après beaucoup d'hésitations, se décida à l'extirper en même temps que l'utérus. L'opération fut laborieuse et pleine de difficultés. Il fallut détruire, par le décollement et par l'incision, des adhérences nombreuses; une hémorrhagie en nappe força à laisser la plaie abdominale ouverte pendant trois heures; plus d'un kilogramme de chloroforme fut employé pour maintenir le sommeil anesthésique. Le chirurgien surmonta toutes les difficultés par son habilité et son sang-froid. La malade surmonta tous les dangers de l'opération et de ses suites; elle survécut à l'extirpation, à travers la paroi abdominale incisée, d'une tumeur pesant 37 livres, et put sortir de son lit vingt-huit jours après l'opération. La guérison fut complète au bout de deux mois.

La science possède aujourd'hui, dans ses archives, 24 opérations d'extirpation de l'utérus et des deux ovaires; ces opérations ont donné les résultats suivants:

	Opérat.	Guér.	Mort.
Clay.	3	1	2
Heath.	1	»	1
Burnham. . .	9	2	7
Kimball. . . .	3	1	2
Parkman . . .	1	»	1
Peaslee. . . .	1	»	1
Kœberlé . . .	1	1	»
Baker Brown .	1	»	1
Wells.	1	»	1
Buckingham. .	1	1	»
Storer.	1	»	1

Parmi ces opérations, 17 furent pratiquées en 1863, et il y eut 2 guérisons seulement; celle de Claye, Kœberlé, Baker Brown, Burnham, S ands, Buckingham, Storer, pratiquées depuis 1863, donnèrent 4 guérisons et 3 morts. (*American med. Times*, janvier 1866 et *Gaz. hebdomadaire.*)

Nouveau cas d'ovariotomie suivi de succès. Voici un nouvel exemple d'ovariotomie pratiquée à Paris qui s'est terminée par la guérison. Il est dû à M. Péan, chirurgien des hôpitaux.

Une dame de trente-huit ans, mère de sept enfants, était atteinte d'un kyste de l'ovaire. Elle avait été traitée pendant quatre mois par l'électricité, lorsque, sous l'influence de ces tentatives, une des nombreuses loges entrant dans la composition de la tumeur avait suppuré et s'était ouverte dans la cavité du péritoine. La malade était depuis trente-six heures dans cet état, lorsque M. Péan fut appelé. L'opération dut être immédiatement pratiquée.

Une incision commençant au niveau de l'intervalle qui sépare l'ombilic de l'appendice xiphoïde, divisa la ligne

blanche jusqu'au pubis et ouvrit le péritoine. A cet instant, plusieurs litres de pus, contenus dans cette séreuse, s'écoulèrent au dehors. La tumeur fut alors saisie, les principales loges ouvertes, les adhérences nombreuses détachées avec soin. La multiplicité des aréoles contenues dans le kyste, la densité du liquide enfermé dans leur intérieur, étaient tellement grandes, que la tumeur pesait encore treize kilogrammes au moment où elle fut extraite.

Aussitôt après, le pédicule fut coupé, la plaie fermée à l'aide de fils métalliques, et le pédicule fut maintenu à la partie inférieure. Douze heures plus tard, la malade se trouvait notablement soulagée, les douleurs du ventre commençaient à diminuer, les vomissements verts devenaient plus rares; le pouls, presque insensible avant l'opération, battait distinctement 150; il resta dans cet état jusqu'au huitième jour. Pendant le second septenaire, le pouls tomba à 130 et 120. Malgré cette fréquence des battements artériels, les forces se relevèrent avec rapidité, si bien que le dix-huitième jour après l'opération, la malade put supporter une promenade de trois heures en voiture. Cinq mois après, la malade fut présentée à l'Académie de médecine, l'état de sa santé ne laissait rien à désirer. (*Gaz. des hôpit.*)

Sur l'emploi thérapeutique du bromure de potassium. M. Bartholon conclut de ses expériences que le bromure de potassium, après avoir été absorbé dans le sang, exerce une action sédative sur l'axe cérébro-spinal, qui a pour conséquence une sédation du cœur et de la circulation, et différents phénomènes de sédation locale. Cette action est notablement modifiée par la coexistence de toute affection locale, et cette circonstance exerce une influence considérable sur les effets thérapeutiques produits. C'est ainsi que, d'une manière générale, on en attendrait vainement des effets sédatifs dans les affections des centres nerveux ou d'autres organes lorsqu'ils sont le siége d'une altération anatomique appréciable, tels que congestion ou tumeurs célébrales, etc. Il réussit surtout dans les troubles purement fonctionnels du système nerveux. Comme hypnotique, M. Bartholon l'a surtout trouvé utile dans l'insomnie hystérique, dans celles des hommes d'affaires qui sont agités par des préoccupations vives, dans le *delirium tremens*. Comme calmant, il en a retiré de bons effets contre l'épilepsie et la chorée non symptomatiques, les quintes de la coqueluche, l'irritation vésicale, les érections douloureuses qui accompagnent certaines uréthrites chroniques, dans des cas d'utérus irritable, et à titre d'agent anaphrodisiaque. (*Cincinnati Lancet*, novembre 1865 et *Gaz. hebdom.*)

Amaurose double guérie par des injections sous-cutanées de nitrate de strychnine. Un homme de quatre-vingts ans, de bonne santé, devint soudainement et complétement aveugle, le 11 juin. Le Dr Seamann le vit une heure après l'attaque. L'apparence extérieure des yeux était normale, la face rouge, mais le patient ne ressentait ni migraine, ni douleur dans les yeux, ni symptômes précurseurs d'une paralysie. Les moyens ordinaires ayant échoué (phlébotomie, dérivatifs etc.), M. Seamann se résolut à essayer la strychnine d'après l'exemple de M. Frémineau. L'ophthalmoscope révélait un fond oculaire sain. Le 18 juin, 12 gouttes de solution équivalant à 1/40 de grain de nitrate de strychnine furent injectées à gauche du nerf sus-orbitaire. Deux minutes s'étaient à peine écoulées quo le malade annonça voir le clocher voisin, les arbres, leurs feuilles en mouvement. Il reconnaissait les gros objets. L'examen ophthalmoscopique ne révéla aucun changement dans le fond de l'œil. L'injection hypodermique fut renouvelée tous les deux jours en augmentant la dose de 1/10, et le 3 juillet, après avoir pris 83/120 ou 2/3 de grain de sel strychnique, le malade pouvait lire le no 4 de Jæger avec facilité. (*Deutsche Klinik.*)

Empoisonnement par le datura et par la jusquiame; médication stimulante. M. Kuborn a publié dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége* quatre observations d'empoisonnement par le datura stramonium. Trois de ces empoisonnements étaient l'effet d'une méprise; dans l'autre cas le poison avait été administré dans une intention thérapeutique sous forme d'infusion (5 grammes de feuilles pour 1 litre d'eau, à prendre une cuillerée toutes les heures et demie pour combattre des névralgies). Les symptômes furent

semblables à ceux de l'intoxication par la belladone : céphalalgie, agitation, tremblement choréique des bras, dilatation des pupilles, affaiblissement de la vue, langue sèche, rouge, pouls fort, tumultueux, puis collapsus.

Le traitement chez les adultes, notamment chez une femme robuste, âgée de soixante ans, fut celui-ci : Saignée de 300 grammes, sinapismes, vomi-purgatif composé de : eau distillée, 100 grammes; sulfate de magnésie, 50 grammes; tartre stibié, 0gr,15 à prendre en trois fois. Le lendemain, le pouls était mou et à 115; les pupilles restaient considérablement dilatées; insensibilité marquée, délire continu; la malade n'a pu vomir, mais elle a eu plusieurs selles. Café noir en infusion concentrée, une demi-tasse tous les quarts d'heure, sinapismes. Le surlendemain de l'accident, il ne restait de tout ce cortége effrayant de symptômes qu'une extrême lassitude, de la faiblesse musculaire et des troubles de la vue.

Chez deux enfants, âgés, l'un de cinq ans, l'autre de sept, qui avaient mangé des semences de stramoine, et que M. Kuborn trouva en proie à des convulsions choréiques, ce médecin, apprenant qu'ils avaient vomi, se borna à faire appliquer à l'un d'eux deux sangsues à l'anus, puis il leur administra promptement du café noir à doses répétées. Vingt-quatre heures après, tout accident avait disparu.

Il résulte de ces quatre observations que le café noir, pris de demi-heure en demi-heure ou de quart d'heure en quart d'heure, à la dose d'une demi-tasse, sans préjudice d'autres moyens dictés par des circonstances accidentelles, constitue un moyen efficace de combattre les effets toxiques produits par l'ingestion du datura stramonium.

A côté de ces cas d'empoisonnement par le datura, nous signalerons trois cas d'empoisonnement par la jusquiame, observés par M. le docteur Danielli. Il s'agissait de deux petites filles âgées de sept à neuf ans, qui, errant le soir dans la campagne, avaient mangé une certaine quantité de fruits de *jusquiame noire*. Toute la nuit elles ne cessèrent de s'agiter, de crier et de s'épuiser en efforts de vomissements. Le lendemain la dépression de l'organisme était des plus prononcées.

Le traitement consista en vin généreux dispensé largement; 160 grammes d'eau de cannelle et 1gr,50 de laudanum furent administrés avec succès dans la journée. Il fallut élever la dose des médicaments pour l'enfant de huit ans. Deux jours après, la guérison de ces trois enfants venait encore prouver une fois de plus l'heureuse influence des excitants dans les cas d'empoisonnement par les substances hyposthénisantes. On notera aussi que le laudanum joua peut-être ici le rôle que lui attribuent les partisans de la doctrine qui admet l'antagonisme de l'opium et des solanées vireuses. (*Journal de médecine pratique.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Appareil pour réduire les luxations. M. Mathieu a imaginé un appareil qui peut également servir à la réduction de luxations diverses, celles de l'épaule, du coude, de la hanche, du genou; mais, si nous ne nous trompons, il n'a encore été appliqué qu'au traitement des luxations de l'épaule. On jugera de son mécanisme par les figures et les indications qui en montrent les parties constitutives.

A. Large courroie destinée à embrasser le membre au moment de l'opération; elle peut s'allonger et se raccourcir à volonté, et la compression se fait à l'aide d'une vis dans le genre du tourniquet de J.-L. Petit.

B. Tige à crémaillère glissant dans une gaîne qui forme le corps de l'instrument, et qui est unie au mécanisme de la courroie.

C. Pièce d'acier en forme de croissant, rembourrée, qui s'emboîte dans la tige à crémaillère et sert à produire le point d'appui de la contre-extension.

D. Manivelle destinée à mettre l'instrument en mouvement.

E. Cliquet à échappement arc-boutant la crémaillère et maintenant à l'état fixe le produit de l'extension.

F. Petit verrou à ressort tombant dans les crans, pratiqué sur la périphérie du dynamomètre, et indiquant à tous les temps de l'opération la force de traction exprimée par kilogramme.

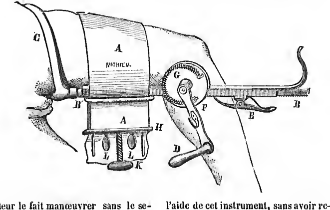
G. Dynamomètre fonctionnant à l'aide d'un ressort à boudin, sur lequel la manivelle vient appuyer et produit l'effet de l'aiguille indicatrice.

Cet instrument est basé sur le même principe que celui de la pince à réduire les luxations des doigts com-

biné avec le système à crémaillère de Jarvis.

Construit dans des proportions plus développées, il donne une force d'extension et de contre-extension progressive constante, qui met à l'abri de tout accident.

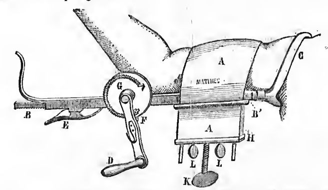
Une fois fixé sur le membre, l'opé-



rateur le fait manœuvrer sans le secours d'aucun aide.

Quatre luxations de l'épaule ont été réduites avec la plus grande facilité à l'aide de cet instrument, sans avoir recours au chloroforme.

Service de M. Dolbeau, à l'Hôtel-Dieu :



Luxation remontant à vingt-six jours, 76 kilogrammes de traction.

Service de M. Jarvajay, à Beaujon :

Luxation remontant à trente-deux jours, 96 kilogrammes de traction.

Luxation remontant à quatre jours, 70 kilogrammes de traction.

Luxation remontant à sept jours, 106 kilogrammes de traction.

(*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

La trichinose.

On lit la note suivante dans le *Moniteur :*

« Le département de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a confié à un professeur de la Faculté de médecine de Paris et à un professeur de l'École vétérinaire d'Alfort la mission d'aller étudier en Allemagne les faits relatifs à la trichinose.

« Informée d'une certaine préoccupation de l'opinion à l'égard de ces faits, l'administration, en attendant les renseignements qui lui seront donnés par ses délégués, a cru devoir prendre l'avis du comité consultatif d'hygiène publique. Ce conseil, après examen, a chargé un de ses membres, M. Bouley, inspecteur général des écoles vétérinaires, de consigner son appréciation dans une note que nous publions et qui suffira sans doute pour rassurer les personnes qui font usage de la viande de porc. »

La maladie dite des trichines, ou la trichinose, sur laquelle l'attention publique est actuellement fixée, n'est pas une maladie nouvelle. Il y a longtemps que des médecins de différents États de l'Allemagne ont rattaché à l'usage alimentaire de la viande de porc, dans de certaines conditions, des accidents souvent très-graves, dont la nature est restée inconnue jusqu'à ce que les investigations micrographiques l'aient révélée. On sait aujourd'hui que cette affection est causée par la présence accidentelle dans la chair de porc de vers parasitaires d'une extrême ténuité auxquels les savants qui les ont découverts ont donné le nom de *trichines*.

Cependant, quoique la viande de porc entre pour une très-grande part dans l'alimentation de tous les pays de l'Europe, ce n'est guère que dans quelques contrées de l'Allemagne que les accidents déterminés par les trichines ont été signalés.

En France, bien que l'attention des médecins soit partout mise en éveil, aucun cas de trichinose n'a encore été rencontré, ni dans les villes, ni sur les populations rurales, ni dans l'armée, ni dans la marine, où l'usage de la viande de porc salé est si répandu.

Il en est de même en Belgique; car le fait de trichinose qui avait été signalé dans la province de Liége a été reconnu complétement erroné par les deux savants professeurs qui ont reçu du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics la mission d'aller étudier la trichinose en Allemagne.

La viande de porc de provenance d'outre-Rhin entre cependant pour une part assez importante dans la consommation de notre pays.

Comment se fait-il que, malgré cette importation, nos populations soient restées exemptes de l'infection trichineuse?

L'explication de cette heureuse immunité se trouve, sans aucun doute, dans les habitudes respectives des populations qui font usage de la viande de porc au delà et en deçà du Rhin.

« En Allemagne, dit la *Gazette de Vienne* (nº 28; 1866), l'élevage du porc, principalement des races anglaises, se fait aujourd'hui très en grand, parce que la consommation de la viande de cet animal est devenue d'une nécessité indispensable pour les classes ouvrières, qui, généralement, la mangent crue.

« L'activité industrielle est aujourd'hui très-grande dans les provinces prussiennes, dans la Saxe, les États de Mersbourg et d'Anhalt et le Brunswick. Une masse d'ouvriers émigrent des parties pauvres de l'Allemagne pour aller travailler dans les fabriques de sucre de ces dernières contrées, où ils vivent en commun dans des établissements particuliers et consomment de la viande de porc crue. Ce n'est point seulement à l'état de viande hachée qu'on la consomme, on en fait encore des saucisses, qu'on mange sans être rôties, et qu'on se contente de dessécher à l'air et de fumer seulement pendant vingt-quatre heures.

« Toutes les préparations de porc ne sont cuites qu'incomplétement. A Noël surtout, on fait un grand débit de viande de porc, et il est d'usage, à cette occasion, de manger un grand nombre de saucissons qui sont presque complétement crus. »

En France, au contraire, surtout dans les départements du Nord, ce n'est que par très-rare exception que quelques préparations alimentaires ayant pour base la viande de porc sont consommées crues. Dans l'immense majorité des circonstances, cette viande n'est mangée que cuite, et bien cuite, et là se trouve, à n'en pas douter, l'explication de l'immunité dont nous jouissons relativement à l'infection trichineuse, qui, du reste, est beaucoup plus rare, même en Allemagne, qu'on ne serait porté à le croire d'après les récits qu'on en a faits dans ces derniers temps, puisqu'il résulte d'une statistique officielle publiée à Brunswick que, sur près de 50,000 porcs soumis pendant vingt et un mois à l'inspection micrographique dans la capitale du duché, 11 seulement ont été reconnus trichinés.

Il n'y a donc pas à s'inquiéter, quant à présent, des dangers de la trichinose

en France. La seule précaution qu'il y ait à prendre pour rester exempt de cette maladie, c'est de ne manger la viande de porc, comme c'est du reste l'habitude en France, qu'après l'avoir soumise à une cuisson bien complète.

Par divers décrets, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Colau, médecin-major de 1re classe ; Raoult, pharmacien-major de 1re classe; Pellegrin et Nicolas, médecins de 1re classe de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Bertrand Michel, médecin-major de 1re classe ; Martin, Bonnet, médecins-majors de 2e classe ; Godin, médecin aide-major de 1re classe ; Ricard, Toye, médecins de 1re classe de la marine; Levezicl, médecin de 2e classe de la marine ; Lenek, vétérinaire en 1er.

Par décret en date du 12 mars, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Guiet, maire de Brie-sous-Chalais (Charente), en fonctions depuis trente-quatre ans. Chirurgien militaire de 1806 à 1814. — De Bourguet, maire de Chanteix (Corrèze), en fonction depuis quarante-six ans. Chirurgien militaire en 1813 et 1814. — Le baron d'Hombres, maire de Saint-Hippolyte-du-Caton (Gard) ; exerce gratuitement la médecine dans sa commune. — Raybaud, maire d'Ampus (Var) ; exerce la médecine avec le plus louable désintéressement et s'est distingué par son dévouement lors des épidémies cholériques de 1835 et 1854.

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, le docteur Laloy a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Le concours pour l'agrégation en médecine vient de se terminer par la nomination de MM. Raynaud, Peter, Paul, Proust, Ball, Isambert et Blacher.

Concours. — Le concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) s'est ouvert le 10 mars 1866.

Les candidats qui se sont fait inscrire pour prendre part aux épreuves de ce concours sont, par ordre alphabétique, pour la section de chirurgie : MM. Anger, Berrut, Cruveilhier, Després, Duhrueil, Duplay, Perrier, Tillaux.

Pour la section d'accouchements : MM. Bailly, Guéniot, Jounia, Verrier.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association qui, à cause de l'épidémie de choléra, n'a pu avoir lieu à la fin d'octobre dernier, se tiendra le dimanche 8 avril prochain, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, avenue Victoria.

Le même jour aura lieu le banquet offert à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales, au Grand-Hôtel, boulevard des Italiens, à sept heures du soir.

Le prix de la souscription est de 20 francs.

On souscrit, directement ou par lettre, chez M. le docteur Brun, trésorier de la Société centrale, rue d'Aumale, 23.

Un nouveau recueil vient de paraître, sous le titre de *Moniteur d'hygiène de la salubrité publique*, sous la direction de M. Chevalier fils. Les éminents services rendus à l'hygiène publique et à la police médicale par M. Chevalier père sont une garantie de ceux que continuera de rendre M. Chevalier fils. Le premier numéro du *Moniteur d'hygiène* renferme une série d'articles qui montrent combien la mine à exploiter est féconde, et avec quelle sagacité M. Chevalier fils a su choisir les premiers filons.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Max Parchappe, inspecteur général des aliénés et du service sanitaire des prisons, membre correspondant de l'Académie de médecine, l'un des membres fondateurs de la Société médico-psychologique.

C'est M. le docteur Rousselin, médecin-adjoint du service de M. Calmeil, à Charentun, qui remplace ce regrettable confrère dans les fonctions d'inspecteur général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations pratiques sur la pneumatose gastro-intestinale et sur son traitement (¹).

Par M. le professeur FONSSAGRIVES.

Le tube digestif renferme normalement une quantité variable de gaz dont la présence ne saurait être considérée comme accidentelle, mais qui est liée d'une manière nécessaire à l'accomplissement des fonctions gastro-intestinales.

Les analyses de Magendie, Chevreul, Chevillot, etc., ont prouvé que ce mélange gazeux était principalement formé d'azote et d'acide carbonique, et accessoirement d'hydrogène, d'oxygène, d'acide sulfhydrique, d'hydrogène protocarboné. Deux opinions différentes ont été émises sur l'origine de ces gaz ; les uns les ont considérés comme dus à la décomposition de l'air atmosphérique dégluti avec les aliments, d'autres à la décomposition de ces mêmes aliments pendant l'acte digestif, d'autres enfin à une sécrétion opérée par la muqueuse gastro-intestinale. Cette théorie, développée surtout par Baumès dans un ouvrage spécial sur les pneumatoses (²), est certainement la plus plausible de toutes, et si elle n'est pas susceptible d'une démonstration directe, elle réunit plus que toutes les autres une somme très-convaincante de vraisemblances. Quant aux fonctions dévolues à ces gaz, elles ont aussi été diversement interprétées : tantôt on a les a rapportées à l'accomplissement des actes mécaniques de la respiration, et l'on sait que cette théorie ingénieuse a été développée par M. Maissiat ; tantôt on a supposé qu'elles se réduisaient à une action chimique de dissolution exercée par ce mélange gazeux sur divers principes des aliments ; tantôt enfin on a rattaché leur présence à l'accomplissement des mouvements intestinaux. Cette opinion nous semble la plus vraie ; l'incompressibilité relative des gaz les force à fuir devant une zone de fibres contractées, et ils pressent devant eux les matières intestinales, dont la progression est ainsi assurée par une série de véritables détona-

(¹) Ce travail fait partie d'un *Traité de Thérapeutique clinique* qui est en cours d'exécution.

(²) *Traité des maladies venteuses ou Lettres sur les causes et les effets de la présence des gaz ou vents dans les voies gastriques*, par M. P. Baumès, 2ᵉ édit., Paris, 1837.

tions gazeuses. Quoi qu'il en soit, la quantité de ces gaz s'accroît quelquefois d'une manière anormale, et il en résulte, à un degré inférieur ce qu'on appelle l'état flatulent, à un degré plus élevé, une véritable pneumatose.

La pneumatose gastro-intestinale peut se manifester dans des circonstances très-variées : la dyspepsie dite flatulente, l'état hystérique, la fièvre typhoïde; certaines dispositions acquises ou héréditaires aux flux gazeux; l'indigestion, les coarctations intestinales, la dysentérie et l'entérite chroniques, etc., sont les conditions dans lesquelles on voit de préférence se développer cet accident. La pneumatose peut être bornée à l'estomac ou à l'intestin, ou bien (ce qui est plus habituel) occuper toute l'étendue du tube digestif, sans en excepter l'œsophage, dans lequel des gaz progressant entre des anneaux œsophagiens contractés déterminent ces borborygmes du cou que les gastralgiques et les hystériques connaissent si bien.

L'*état flatulent* peut se montrer indépendamment de la gastro-entéralgie, mais presque toujours il n'est que l'effet de celle-ci, et quand il se manifeste avec une certaine intensité et une certaine constance, il caractérise une forme particulière de dyspepsie : la dyspepsie flatulente. Lorsque la distension gazeuse atteint des proportions considérables, il en résulte des accidents très-graves et qui exigent une prompte intervention de l'art. Le refoulement du diaphragme et par suite une gêne parfois menaçante de la respiration; la compression de la vessie; celle de l'utérus, que Combalusier a vu en quelque sorte chassé hors du bassin par une pneumatose; la rupture des parois de l'estomac ou de l'intestin, etc., sont des accidents qui ont été fréquemment signalés.

Etudions les moyens à l'aide desquels on peut prévenir la production de la pneumatose gastro-intestinale ou remédier aux accidents qu'elle détermine.

Première indication. — Prévenir la pneumatose gastro-intestinale chez les individus qui y sont prédisposés par une idiosyncrasie particulière ou par un état morbide. — Le régime alimentaire joue dans la production de la flatulence un rôle sinon exclusif, du moins très-important, et il convient d'en tracer les règles avec soin. Baumès, parodiant un mot célèbre dans les annales de la diplomatie, a dit à ce sujet : « Il y a pour les personnes sujettes aux flatuosités une considération fondamentale qui domine et qui peut être ainsi formulée : *le régime, le régime et toujours le régime.* » Il est entré à ce sujet dans des détails qui ne sembleront pas trop minutieux, si l'on songe qu'ils sont le fruit d'une observation toute personnelle

de la part de ce praticien distingué qui, en proie à une flatulence habituelle des voies digestives, réunissait sur ce point l'expérience du patient à l'autorité du médecin. Aussi citerons-nous *in extenso* le passage dans lequel il a formulé l'hygiène alimentaire des flatulents. « Les aliments, dit-il, causent des vents, ou parce qu'ils sont naturellement et nécessairement, plus ou moins pour tout le monde, ce qu'on appelle *venteux*, qualité qu'ils doivent à des particularités de composition que la chimie est bien loin d'avoir fait encore connaître; ou parce qu'ils sont ce qu'on appelle réfractaires aux voies digestives, d'une difficile digestion, ou bien parce qu'ils le deviennent par suite d'une altération particulière des sucs gastriques. Il est évident que, dans cette dernière hypothèse, c'est à chacun à consulter son estomac et qu'on ne peut établir de préceptes généraux que pour les deux autres cas. Les principaux aliments venteux sont, pour les légumes, les plantes potagères, les herbages, etc. : haricots, choux, lentilles, pois, fèves, navets, raves, poireaux, pommes de terre, scorsonères, épinards, betteraves, salades crues, crudités en général, etc.; c'est dans cette classe surtout que se trouvent les aliments venteux par excellence. Pour les fruits : châtaignes, pommes crues, poires non fondantes, abricots, fruits à pulpe sèche, raisins, etc. De plus, les aliments féculents qui renferment peu ou point de gluten; les pâtisseries de tous les genres; les pâtes non levées, non fermentées; toutes les sauces en général et surtout les sauces où il entre une graisse quelconque. Si les personnes à digestion venteuse n'évitent pas soigneusement toutes ces substances, c'est en vain qu'elles aspireront à digérer sans vents ou avec le moins de vents possible, et que, pour atteindre ce but, elles fatigueront leurs voies gastriques par l'introduction de tous les toniques, les digestifs et les carminatifs plus ou moins recommandés. Mais pour donner des préceptes plus positifs et pour ne pas parler seulement des substances qu'il faut éviter, j'établirai qu'une personne à digestion venteuse doit principalement faire usage de la nourriture suivante : pain de froment pas trop nouvellement fait et bien cuit; soupe de pain au bouillon gras ou au beurre frais (les soupes de pâtes, de riz, de millet, d'orge, etc., sont moins sûres relativement aux vents); bœuf, mouton, veau, chevreau, agneau (ces trois derniers quand ils sont assez faits); volailles, viandes blanches en général, tout cela bouilli ou rôti, sans sauce autre que le jus de la viande tout pur et en laissant de côté la graisse; œufs à la coque; quelques poissons, tels que merlan, sole, raie, turbot, lotte, tanche, truite, brochet, carpe, rouget et un très-petit nombre d'autres;

le tout bouilli, apprêté avec un peu de bonne huile d'olive, de vinaigre et de sel, ou frit au beurre frais, sans condiment ni sauce aucune; quelques herbages cuits, tels que chicorée, oseille, céleri; quelques plantes potagères, telles que carottes, cardons, bettes ou poirée, toujours au beurre frais ou au jus de viande sans graisse; asperges, artichauts, petits pois, haricots verts (ces deux derniers seulement quand ils sont tout à fait nouveaux, car bientôt, ainsi que la plupart des productions alimentaires qu'amène la belle saison, ils acquièrent des propriétés venteuses); fruits doux et fondants, tels que pêche, poire beurrée, prunes reine-Claude, fruits rouges ni trop acides ni à pulpe trop sèche, fraises, cerises, quelquefois le bon melon; fruits cuits, pomme et poire surtout; confitures : gelée de coings, de pommes, de groseilles, d'abricots, etc. Je trace ici les substances seulement avec lesquelles on a le moins à craindre de vents. Une personne qui consentirait à n'user que de ces aliments échapperait certainement à la plus fréquente et parfois à la seule cause de la production d'une grande quantité de vents dans l'estomac.

« Le choix des boissons est aussi d'une grande importance pour les personnes venteuses. En général, la bonne eau, l'eau réunissant toutes les qualités, est le meilleur agent de la digestion sans vents. Mais comme presque tous les estomacs sont, dès l'enfance, accoutumés au vin, il faut choisir celui qui convient le mieux dans ces cas. Un vin tonique sans être excitant, légèrement sucré, peu spiritueux, point âpre ni acide, est celui qu'il faut choisir. Les vins de Bordeaux, les vins légers de Bourgogne, quelques vins du Beaujolais, quelques vins d'Espagne à très-petite dose, etc., sont ceux auxquels il faut en général accorder la préférence. Au reste, il y a dans beaucoup de localités des vins qui, sans avoir ces qualités supérieures, remplissent à peu près le même but. Il faut éviter les vins blancs, les vins trop nouveaux, les bières trop vieilles ou trop nouvelles, les élixirs, les spiritueux, les liqueurs, etc. (1). »

Nous avons tenu à reproduire ce passage de Baumès, parce qu'à travers d'étranges négligences de style, il respire un grand sens pratique, et qu'il résume assez bien l'hygiène alimentaire qui convient aux flatulents. Nous ajouterons à la liste des aliments qu'il interdit le lait, dont la contre-indication formelle, dans ce cas, a été très-nettement indiquée par Hippocrate (2), les eaux gazeuses,

(1) *Op. cit.*, Lettre xi, p. 180.

(2) Il est mauvais de donner du lait dans les céphalalgies, mauvais aussi

les vins doux, le fromage. Malgré la protection dont il le couvre, nous tenons le chocolat, et principalement le chocolat au lait, comme un aliment très-suspect au point de vue de la production des flatuosités. Les radis et le cresson ne figurent pas non plus dans la liste de proscription dressée par Baumès et sont cependant, pour me servir de son expression favorite, des aliments *très-venteux*.

Sans admettre que la flatulence dérive toujours d'un état atonique de l'estomac et de l'intestin, il est certain que, dans un bon nombre de cas, elle coexiste avec une sorte de torpeur (la flatulence gastro-intestinale des convalescents en est la preuve) des parois musculaires du tube digestif, et de là vient que l'emploi des condiments stimulants et aromatiques rend de très-grands services dans ce cas. Hippocrate n'avait pas méconnu cette indication des condiments, et dans le livre des Epidémies, il donne le conseil de faire manger des fèves cuites pour combattre le dérangement du ventre, « *mais en y ajoutant du cumin* [1].» Le précepte bromatologique est détestable; mais il consacre un fait hygiénique important, à savoir, la possibilité de faire digérer des aliments lourds et venteux en leur associant certains condiments aromatiques. En règle générale, on peut dire que les estomacs flatulents s'accommodent beaucoup mieux d'une nourriture de haut goût fortement épicée que d'une alimentation fade et peu sapide. En Angleterre, on fait un grand usage des condiments aromatiques dans le cas de dyspepsie atonique (qui, pour le dire en passant, s'accompagne toujours de flatuosités). La *poudre apéritive* de Grégory y jouit surtout d'une grande faveur. C'est un mélange de 2 drachmes de rhubarbe, de 2 drachmes de magnésie calcinée, de 7 grains de poudre de gingembre et de 17 grains de cannelle. On emploie cette poudre à la dose d'une demi-cuillerée à café que l'on prend dans de l'eau simple ou mieux dans de l'eau additionnée de quelques gouttes d'essence de menthe. Les infusions chaudes d'anis, de thé, d'aya-pana, l'anisette, le curaçao, l'élixir de Garus, pris après les repas, stimulent l'estomac et lui permettent de bien digérer des aliments qui, sans cette précaution, produiraient souvent de la pesanteur, des bâillements et des flatuosités. Des poudres composées faites avec des condiments stimulants (poivre, piment, muscade, cannelle), et dont la vulga-

---

d'en donner aux fébricitants, *à ceux dont les hypochondres sont gonflés ou pleins de borborygmes* (Œuvr. compl. d'Hipp., trad. Littré, *Aphorismes*, 5e, sect. LXIV, t. IV, p. 557.

(1) *Op. cit.*, IIe liv. des Epid., VIe sect., t. V.

rité culinaire serait voilée par un nom latin, rempliraient également très-bien le même but.

Chomel a insisté avec soin sur l'inconvénient que présente dans la dyspepsie flatulente la constriction, quelquefois très-forte, exercée sur la taille par des corsets ou par des vêtements trop serrés : c'est là également un point qu'il faut surveiller, car la flatulence, compagne assidue d'une digestion laborieuse, peut dériver de cette cause et être entretenue par elle [1]. Le même auteur recommande également aux gens flatulents de faire un exercice régulier; l'intestin et l'estomac ont, en effet, besoin chez eux de la stimulation rhythmique que leur impriment les parois de l'abdomen, dont les contractions répartissent d'ailleurs d'une manière uniforme les gaz contenus dans l'intestin et les empêchent de se cantonner dans certains points du ventre et d'y produire une sensation importune de distension et de tiraillement.

Telles sont les règles d'hygiène à l'aide desquelles on peut prévenir, chez les individus disposés à la pneumatose gastro-intestinale, le développement de la tympanite. Il est bien entendu que quand celle-ci se rattache à une gastro-entéralgie ou à des troubles nerveux hystériques, les moyens précités sont insuffisants, et il faut s'attaquer par des traitements appropriés à la cause même de l'état flatulent.

Deuxième indication. — Absorber ou condenser les gaz. — Le froid, les alcalis et le charbon de bois sont les moyens à l'aide desquels on défère à cette indication.

L'emploi de la glace *intus* et *extra* rend quelquefois de très-grands services dans la tympanite stomacale. Les boissons frappées, les sorbets glacés diminuent, c'est là un fait d'observation, les souffrances de la dyspepsie flatulente. Y a-t-il là seulement un fait tout physique de condensation des gaz, ou bien le froid, stimulant les fibres musculaires de l'estomac, facilite-t-il par cela même la répartition plus égale des gaz et leur expulsion par l'orifice pylorique ou par le cardia? Nous adopterions plus volontiers cette seconde interprétation. Ainsi que le fait remarquer Chomel, il y a une sorte de contradiction, qui est de nature à défrayer la verve des sceptiques, à voir les boissons chaudes et les liquides glacés également recommandés dans la dyspepsie flatulente ; mais elle disparaît quand on songe que le calorique agit ici par une action stimulatrice qui double les aptitudes digestives de l'estomac, et la conciliation de ces

---

[1] Chomel, *des Dyspepsies*, p. 255.

deux faits, en apparence si opposés l'un à l'autre, montre bien que les phénomènes physiques jouent ici le rôle le moins important.

Baumès s'est montré plus sévère qu'il ne convient à l'endroit des absorbants dans la tympanite gastro-intestinale [1]. Certainement on doit reconnaître avec lui que ces moyens ne s'adressent en rien à la cause qui produit les gaz. Cette cause est toute vitale et échappe par suite à l'action des moyens chimiques; mais, en attendant qu'on ait pu la faire disparaître par des traitements appropriés, n'est-ce donc pas quelque chose que d'avoir à sa disposition des agents de condensation ou d'absorption gazeuse qui remédient aux accidents les plus pressants et permettent d'attendre? Là se borne sans aucun doute l'action des absorbants; mais, dans cette limite étroite, elle ne saurait être ni niée ni dédaignée.

L'ammoniaque est le plus usuel de ces absorbants ; c'est aussi le plus utile. Ce médicament s'administre dans ce cas à la dose de dix gouttes dans une potion de 120 grammes, que l'on peut, s'il est besoin, réitérer deux ou trois fois ; ou, pour plus de simplicité, on peut en faire prendre toutes les demi-heures cinq gouttes dans un demi-verre d'eau glacée jusqu'à concurrence de trente gouttes. Il y a quelques années, nous avons eu l'occasion de constater l'extrême efficacité de ce moyen dans un cas de tympanite stomacale. Il s'agissait d'un soldat qui, sorti de l'hôpital de Brest, où il avait été traité par moi d'une pneumonie aiguë franche, fut pris d'une pneumatose de l'estomac poussée à un tel point que l'organe se dessinait en saillie sous les téguments, et que le refoulement du diaphragme gênait notablement la respiration. Des moyens très-variés avaient été employés sans résultat. Une potion ammoniacale fit tomber cette distension sans évacuation de gaz, et son action ne fut ni moins certaine ni moins rapide une seconde fois, lorsque la tympanite se reproduisit.

La *liqueur de potasse*, préparée suivant la pharmacopée de Londres, est une préparation très-usitée en Angleterre et qui peut très-bien remplacer l'ammoniaque dans le cas de flatulence. Elle s'administre à la dose de 30 à 40 gouttes dans une infusion d'écorces d'oranges. L'avidité avec laquelle la liqueur de potasse absorbe l'acide carbonique de l'air est une présomption en faveur de son utilité dans ce cas [2].

---

[1] *Op. cit.*, p. 205.

[2] La liqueur de potasse s'obtient en décomposant le carbonate de potasse dissous dans l'eau par la chaux vive. Celle de la Pharmacopée de Londres pèse

L'eau de chaux est peut-être le plus usuel et le plus utile de ces absorbants. On l'administre à la dose de 100 à 150 grammes par jour, étendue d'eau par moitié.

La *magnésie calcinée* rend aussi de très-grands services dans le même cas. Nous associons d'habitude ces deux médicaments dans une potion contenant 4 grammes de magnésie calcinée, 60 grammes d'eau de chaux, 60 grammes d'eau distillée et 30 grammes de sirop de fleurs d'oranger. Quant aux *sels absorbants* (craie, poudre de coquilles d'huîtres, d'yeux d'écrevisses, d'os de sèche, sous-carbonate de magnésie, carbonates ou bicarbonates de soude), nous ne comprenons guère leur efficacité dans l'état flatulent, puisque leur décomposition au contact des acides du suc gastrique doit rendre libre une quantité considérable de gaz acide carbonique et aller précisément à l'encontre du but que l'on se propose. Mieux vaut certainement recourir aux alcalis. Il va sans dire que les alcalins absorbants, principalement ceux qui sont liquides (liqueur de potasse, eau de chaux), peuvent être employés en lavement quand il s'agit d'une tympanite intestinale, et que la forme du ventre et les résultats de la plessimétrie permettent de supposer que la distension gazeuse a surtout son siége dans le côlon.

Le *charbon de bois* convenablement préparé est encore une substance qui peut, dans ces cas, rendre de très-grands services. On sait quelle est la curieuse propriété qu'il possède d'absorber les gaz, propriété signalée à la fin du siècle dernier par Lowitz et Th. de Saussure. L'intensité du pouvoir absorbant varie suivant l'espèce du charbon ; elle est, en général, d'autant plus considérable que le charbon provient d'un bois plus léger et plus poreux. Le charbon de buis absorbe trente-cinq fois son volume de gaz acide carbonique. Celui de tilleul, de bourdaine, de peuplier, etc., absorbe les gaz d'une manière encore plus énergique. C'est ce dernier que M. Belloc et après lui M. Patissier [1] ont préconisé dans le traitement des affections nerveuses gastro-intestinales, mais sans avoir eu ni l'un ni l'autre, chose remarquable, la pensée que ce médicament s'adressait uniquement à l'un des éléments morbides de ces

---

1,063. Elle contient habituellement un peu de carbonate de potasse et des traces d'oxyde de plomb dues à la décomposition lente du verre dans lequel cette liqueur est contenue. La *solution alcaline de Brandish* (*Brandish's alkaline solution*) est un médicament analogue. La dose en est, pour un adulte, de une à deux cuillerées à café par jour dans un liquide approprié.

(1) Voir le rapport de ce dernier dans les *Comptes rendus de l'Académie de médecine*, 1850.

affections, à savoir, la flatulence. Et de là vient que les observations publiées embrassent des formes variées de dyspepsie et de gastralgie. Nous croyons pour notre compte, quoi qu'on en ait dit, que le charbon de bois est un *moyen* de plus dans le traitement des affections de l'estomac, que son indication est posée toutes les fois qu'il y a de la flatulence, mais qu'il ne saurait être considéré comme une panacée de ces affections si complexes dans leur étiologie et si variées dans leur forme. Le charbon de Belloc, préparé en vase clos dans des cylindres de fonte chauffés au rouge blanc, et soigneusement lavé ensuite, contient 45,60 pour 100 d'humidité, 52 de carbone pur et 2,40 de cendres; il est extrêmement poreux et a, par suite, un pouvoir considérable d'absorption. On l'emploie à la dose d'une à quatre cuillerées à bouche par jour, avant ou après le repas, en ayant soin d'humidifier la poudre au préalable, et de boire un verre d'eau pour que des parcelles de charbon ne restent pas adhérentes aux dents. Ce médicament, qui peut aussi être pris en lavement, dissipe les flatuosités, et agissant comme corps réfractaire à l'action digestive, il combat efficacement la constipation, qui est si commune chez les gastralgiques. On pourrait avec avantage associer la magnésie calcinée au charbon.

Troisième indication. — Favoriser la sortie ou l'expulsion des gaz. — Deux sortes de moyens peuvent concourir à remplir cette indication : les moyens médicamenteux, qui excitent la contractilité de la tunique musculeuse gastro-intestinale, et les moyens mécaniques.

Dans la première catégorie se place l'immense groupe des carminatifs, qui se compose de presque toutes les substances stimulantes et diffusibles, des eaux distillées et des essences à action analogue : l'anis, la vanille, le fenouil, l'angélique, le gingembre, le cumin, la cannelle, la badiane, la cascarille, la mélisse, la camomille, l'eau de fleurs d'oranger, le poivre, etc., sont les plus usuels des carminatifs. Quelques-uns d'entre eux, introduisant dans l'estomac des essences gazéifiables, provoquent des éructations que l'on prend volontiers pour une issue de gaz provoquée par le carminatif, et leur réputation s'est fondée sur ce fait; mais il est incontestable qu'un certain nombre de ces médicaments stimulants calment les douleurs déterminées par les gaz et en déterminent le rejet par la bouche ou par l'anus. Les eaux distillées de fleurs d'oranger, d'anis, de menthe, etc., ou les infusions chaudes de ces plantes, sont dans ce cas.

Les frictions simples ou aromatiques sur le ventre, le massage

modéré, les épithèmes chauds, les ventouses sèches appliquées en grand nombre sont des moyens de réveiller la tonicité des fibres musculaires intestinales, et de favoriser la progression et l'expulsion des gaz. Les purgatifs produisent le même résultat par un mécanisme différent, et, en provoquant des évacuations, ils entraînent du même coup une certaine quantité de gaz. Mais ces moyens restent insuffisants dans un certain mombre de cas, et il faut recourir à des procédés mécaniques d'évacuation.

L'introduction d'une sonde suffit quelquefois pour dissiper la tympanite. Cette manœuvre pourrait être appliquée à l'estomac, et alors il conviendrait de pousser une sonde œsophagienne jusque dans sa cavité. Cette pratique est certainement justifiée quand l'asphyxie est pressante et quand on n'a plus d'autre alternative que d'assister, désarmé, à des accidents dont l'issue doit être funeste, ou de recourir aux chances hasardeuses de la ponction de l'estomac. L'occlusion de l'orifice cardiaque, soit par contracture, soit par suite d'un rétrécissement organique, étant la condition forcée de la rétention des gaz, ceux-ci s'échappent par la lumière de la sonde dès qu'elle a franchi cet anneau [1], sans qu'il soit nécessaire, ainsi que cela a été recommandé, d'adapter une pompe aspirante ou une seringue à l'extrémité de la sonde.

Dans le cas de pneumatose intestinale, l'introduction d'une canule est une pratique des plus simples, et il faut constamment y recourir. Souvent elle a à peine dépassé le sphincter, qu'une bruyante émission de gaz vient soulager les malades. La tympanite de la fièvre typhoïde et celle qui survient chez les enfants à la mamelle à l'occasion des troubles digestifs qui accompagnent presque toutes les maladies aiguës, nécessitent surtout l'emploi de ce moyen. J'y ai eu recours avec le plus grand succès chez un enfant de quatre mois, fils d'un de mes confrères, et qui était atteint d'une pneumonie lobaire hépatisée; le ventre était considérablement météorisé, et la respiration se trouvait menacée à la fois, et par la lésion du poumon, et par le refoulement mécanique du diaphragme. L'évacuation d'une quantité considérable de gaz amena la chute du ventre et un amendement notable dans la dyspnée. Chez les typhoïsants dont le ventre est ballonné, je manque rarement de recourir à ce moyen. Dans ce

---

[1] Je dois dire toutefois que, dans un cas de tympanite stomacale, j'ai constaté que les boissons arrivaient très-facilement dans l'estomac, quoique les gaz y fussent étroitement emprisonnés. Comment se fait-il que l'anneau cardiaque s'ouvre pour donner passage à des liquides et s'oppose à l'issue des gaz? C'est là un fait auquel je cherche vainement une explication.

cas, j'introduis aussi haut que je puis le faire, sans violence, une grosse sonde de gomme élastiqué, et j'adapte à son pavillon la canule d'une seringue dont le piston est fermé; en retirant celui-ci lentement, on remplit le corps de pompe de son volume d'un gaz dont la nature est aisément décelée, et par l'odorat, et par l'action qu'il exerce sur l'eau de chaux quand il la traverse. En réitérant plusieurs fois par jour cette manœuvre si simple, on parvient à diminuer considérablement le météorisme. L'objection que l'on ferait du peu de profondeur à laquelle parvient la sonde n'est pas sérieuse : il ne peut, en effet, y avoir de vide dans l'intestin, et quand on évacue les gaz contenus dans la partie inférieure de celui-ci, il s'établit avec le reste du tube intestinal un équilibre de tension qui répartit les gaz d'une manière uniforme. Du reste, le météorisme et le malaise diminuent sous l'influence de cette manœuvre, et cela suffit.

Quand tous les moyens précités ont échoué, et quand l'asphyxie est imminente, le praticien se trouve en demeure de prendre une grave détermination : je veux parler de la ponction stomacale ou intestinale. Cette opération, pratiquée souvent et avec succès dans la médecine vétérinaire sur des herbivores dont le rumen est distendu outre mesure par des gaz, mérite d'être introduite dans la médecine humaine, et les cas dans lesquels elle a déjà réussi seraient certainement plus nombreux si on n'avait pas attendu habituellement, pour la pratiquer, que l'état des malades n'offrît plus de ressources. Un article très-intéressant du *Bulletin de Thérapeutique* [1] a donné le bilan des résultats de cette opération à Paris et pendant une période assez restreinte. Elle a été pratiquée onze fois par MM. Velpeau, Nélaton, Blache, Maisonneuve, Levrat, et cinq fois le succès a couronné cette tentative, hardie sans doute, mais parfaitement légitime. En Bolivie, où la tympanite stomacale est commune, la ponction est classique et considérée comme relativement inoffensive. Nous ne connaissons pas de cas où, en France, la perforation de cet organe ait été pratiquée; toutes les observations de ponction sont relatives à la tympanite intestinale. Elles démontrent toutes que, quand on observe certaines précautions, l'épanchement, et par suite la péritonite, sont fort peu à craindre. Le cas cité par M. Blache est particulièrement rassurant à ce point de vue; son malade, qui était un jeune enfant, put, en effet,

---

(1) *Un mot sur la ponction abdominale comme ressource extrême dans les cas de tympanite* (*Bull. de Thérap.*, 1852, t. XLIII, p. 529).

subir cinq ponctions successives sans que le péritoine s'enflammât.

Pour pratiquer cette opération, on se sert d'un trocart explorateur. S'il s'agit d'une tympanite de l'estomac, l'organe se dessine sous les téguments, et on le ponctionne à peu près à sa partie moyenne, pour éviter un point déclive qui favoriserait un épanchement s'il devait se produire après la sortie du trocart. S'agit-il, au contraire, de l'intestin, le lieu d'élection est indiqué par les points où les circonvolutions font le plus de saillie et où le plessimètre révèle le siége principal du météorisme. On fait une incision à la peau avec une lancette ou un bistori. Si le ventre a un volume uniforme, on choisit de préférence la ligne blanche, pour ne pas avoir trop de profondeur et pour éviter les vaisseaux. Alors on enfonce perpendiculairement le trocart. On recommande généralement de laisser la canule en place une heure ou deux. Si l'affaissement du ventre n'est que partiel et si le soulagement déterminé par une première ponction n'est pas suffisant, il faut renouveler celle-ci sur des points séparés. Par malheur, la nécessité des ponctionnements multiples indique habituellement l'existence de cloisonnements de l'intestin due à des brides péritonéales, ce qui est une présomption fâcheuse d'insuccès.

On voit que la pneumatose gastro-intestinale, quoique presque toujours elle ne soit qu'un symptôme, peut cependant amener par elle-même des accidents assez pénibles ou assez graves pour qu'il faille la combattre directement. Dans les cas de flatulence habituelle, le régime, on le pressent, a une importance considérable; il peut suffire quelquefois, et, sans lui, le traitement médicamenteux échouerait infailliblement. La noix vomique, dont les applications utiles dans le traitement de l'appareil digestif vont s'élargissant tous les jours, rend aussi de grands services contre les flatuosités, en diminuant ou faisant disparaître cette atonie des plans musculaires de l'intestin qui paraît être la cause prochaine de leur production.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la conjonctivite oculo-palpébrale chez les enfants,

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

L'inflammation de la conjonctive oculo-palpébrale est aussi fréquente chez les enfants que chez les adultes. Cette maladie se ren-

contre quelquefois à la naissance, elle est connue sous le nom d'ophthalmie des nouveau-nés : nous en avons parlé; plus tard elle s'observe chez les enfants à tous les âges.

Siége. — Quelquefois la conjonctive oculaire est seule affectée, d'autres fois l'affection s'étend aux paupières et peut envahir les autres parties de l'œil, et constituer autant de maladies particulières, kératite, iritis, etc., etc. : ce sont alors des complications.

Causes. — Chez les enfants il y a, comme chez les adultes, des causes externes et des causes internes. Les causes externes sont les coups d'air, les blessures, les piqûres, les brûlures, le renversement des cils, la présence de corps étrangers de toutes espèces, les fatigues de l'œil prolongées, surtout à une vive lumière, etc.

Les causes internes sont souvent dans l'enfance le vice scrofuleux, aussi on reconnaît des ophthalmies scrofuleuses ; cette cause (la scrofule) est souvent la seule qu'on puisse reconnaître chez certains enfants ; cependant chez quelques-uns les causes se rattachent à d'autres conditions individuelles, rhumatisme, embarras intestinal, suppression brusque de la transpiration par le froid ou de certaines éruptions ; quelquefois la conjonctivite apparaît sous l'influence de la rougeole, de la variole, c'est même un prodrome de ces maladies.

Symptômes. — Les uns sont anatomiques, les autres physiologiques.

1° *Symptômes anatomiques.* — On remarque de la rougeur sur la conjonctive en totalité ou sur un point circonscrit ; cette rougeur plus ou moins vive, suivant l'intensité de l'inflammation, est caractérisée par des vaisseaux injectés, qui rampent plus ou moins flexueux dans le tissu cellulaire sous-muqueux, ils sont d'abord visibles sur la face interne des paupières, gagnent peu à peu le globe oculaire et s'étendent même quelquefois sur la cornée transparente.

Le gonflement de la muqueuse se fait voir d'abord par un peu d'augmentation d'épaisseur du tissu muqueux, différent de l'infiltration du tissu sous-muqueux qui se rencontre plus tard.

Si dans cet état pathologique on interroge les enfants, on reconnaît qu'ils éprouvent de la gêne comme s'ils avaient un corps étranger dans l'œil; au début il n'y a pas encore photophobie, ce n'est que lorsque la cornée est envahie ou que l'inflammation des membranes profondes commence ; alors ce n'est plus la conjonctivite simple qui en général ne dure que dix à douze jours, lorsqu'elle est limitée, mais bien d'autres maladies de l'œil dont la durée est très-variable.

Chez les enfants atteints d'affection de peau, rougeole ou variole, elle est passagère ; dans les cas où l'enfant est atteint de vice scrofuleux, elle peut rester simple, mais avec ténacité. Dans cet état, cependant, il faut craindre, comme dans l'ophthalmie des nouveau-nés, que la conjonctivite ne se complique de pustules, de granulations, de chémosis, de kératite, d'iritis, d'ophthalmie interne, de fonte purulente de l'œil, de l'atrophie du globe oculaire : toutes ces maladies doivent être étudiées à part, et, dans cet article, après avoir examiné la conjonctive simple, nous nous bornerons à indiquer les complications les plus communes.

2° *Symptômes physiologiques.* — La conjonctivite simple ne présente en général pas de symptômes généraux bien graves, il y a seulement sensibilité à la lumière vive et plutôt gêne que grande douleur; mais dès que les complications surviennent, la maladie locale peut être accompagnée de fièvre, de perte d'appétit, de constipation, de douleurs très-vives.

La *marche* de la maladie est variable suivant les cas.

La *terminaison*, qui se fait, dans l'état de simplicité, en dix à douze jours, peut être retardée par les complications : on doit donc être très-réservé dans le pronostic, car la conjonctivite peut se terminer par un état chronique des taches sur la cornée, des ulcérations, etc.

Traitement. — Il doit être local et général, et surtout différent, suivant les complications.

1° *Traitement local.* — Il faut commencer par l'examen de l'œil, quelquefois difficile chez les enfants; pour cela, il faut renverser les paupières ou les soulever avec les élévateurs.

Il est important, quelquefois, d'examiner les yeux chez les enfants pendant le sommeil, cela est utile pour les empêcher de se débattre. Dans les cas de conjonctivite simple occasionnée par un coup d'air, les lavages d'eau fraîche suffisent le plus souvent comme seul traitement, il en est de même pour les cas où la conjonctivite est déterminée par l'introduction d'un corps étranger, toutefois après l'extraction de ce corps étranger, s'il peut être enlevé. Ainsi les grains de poussière, les limailles de métal, doivent être avant tout recherchés avec soin en renversant les paupières, en se servant au besoin de la loupe, de l'ophthalmoscope, etc.

Ces corps étrangers que nous avons rencontrés plusieurs fois chez les enfants peuvent être extraits, lorsqu'ils sont mobiles, à l'aide d'un simple petit pinceau ou d'une curette; les autres, lorsqu'ils sont incrustés, ne peuvent être extraits qu'à l'aide d'une

pointe d'aiguille à cataracte, dans le cas où une limaille d'acier ou autre est fixée sur la cornée, par exemple, ou sur la sclérotique. Dans ces différents cas, il peut suffire, l'extraction étant faite, de faire des lotions des applications d'eau fraîche et de mettre les malades à l'abri d'une lumière trop vive.

Dans les conjonctivites produites par des liquides irritants, nous nous sommes toujours bien trouvé d'irrigations d'eau simple, faites toutes les trois heures soit à l'aide d'un entonnoir, soit à l'aide d'un irrigateur ; pour ces irrigations il faut employer, avec l'entonnoir ou l'irrigateur, une très-petite canule pour que le jet d'eau soit très-fin.

Mais si la conjonctivite de cause traumatique est accompagnée d'une inflammation très-intense avec injection très-vive et douleurs violentes, comme dans certains cas où le corps étranger n'a pu être extrait, car souvent la prudence chirurgicale exige de le laisser, comme lorsqu'un plomb s'est perdu dans l'œil ; c'est dans ces circonstances que nous nous sommes toujours bien trouvé du traitement antiphlogistique énergique, en l'associant aux moyens résolutifs et calmants.

Ces moyens sont, il faut le dire d'avance, surtout suivis de succès lorsque les conjonctivites ne sont pas accompagnées de corps étrangers qu'on n'a pas pu extraire.

Le traitement consiste en saignées locales par les sangsues derrière l'oreille ou à la tempe, quelquefois les ventouses ; rarement en saignées générales, au moins pour les enfants. Il faut souvent employer des purgatifs, puis des pommades résolutives et calmantes autour de l'œil, l'onguent napolitain, la belladone, l'atropine en solution instillée par gouttes sur le globe de l'œil.

Quand la conjonctivite est déterminée par des causes internes et principalement par le vice scrofuleux chez les enfants, ce qui se remarque très-souvent, il faut avoir recours aux moyens anti-scrofuleux, que l'on doit toujours donner comme traitement interne, mais qu'on doit quelquefois suspendre pendant le cours de conjonctivites très-intenses.

Il faut chez les jeunes enfants lymphatiques, être sobre d'évacuation sanguine ; nous avons le plus souvent obtenu de bons résultats par les collyres plus ou moins astringents, les collyres au sulfate de zinc ou au nitrate d'argent.

Collyre au sulfate de zinc.

Eau distillée..............................	30 grammes.
Sulfate de zinc..............................	10 centigr.

Collyre à l'azolate d'argent.

Eau distillée..............................	15 grammes.
Azotate d'argent cristallisé..................	10 ou 15 centigr.

Des révulsifs sur les pieds par des bains de pieds dans l'eau salée ou sinapisée donnent souvent de bons résultats. Nous n'avons pas mis en usage la solution concentrée de nitrate d'argent en couches légères sur la face externe des paupières, à l'exemple de M. Serres d'Uzès (qui l'a empruntée aux oculistes allemands); ce moyen a l'avantage de ne pas être douloureux pour les enfants comme les collyres dans les yeux. On doit aussi employer les onctions belladonées, comme nous l'avons indiqué pour les conjonctivites de cause traumatique. Les purgatifs sont de la plus grande nécessité dans bien des cas; l'huile de ricin, la limonade purgative, le calomel à petites doses, pour les plus jeunes enfants, nous ont rendu en général de grands services. A l'aide de ces différents moyens, on voit souvent la maladie se terminer par résolution plus ou moins rapidement.

Mais certaines complications très-fréquentes doivent faire mettre en usage d'autres moyens de traitement; ainsi, dans le chémosis, c'est-à-dire cette infiltration plus ou moins considérable du tissu cellulaire sous-muqueux sous forme d'un bourrelet circulaire, mou et peu douloureux autour de la cornée, qui peut s'étendre sur tout le globe de l'œil et laisser la cornée comme enfoncée, il faut un traitement énergique.

Ce traitement du chémosis consiste dans des scarifications profondes sur le bourrelet, soit par la lancette, soit, mieux encore, à l'aide de ciseaux et de pinces. Après la section, on fait des lotions d'eau tiède; après six ou huit débridements, on voit le chémosis s'affaisser. Il peut suffire de quelques purgatifs pour mettre fin à cette complication, qui trop souvent compromet la cornée; mais ce traitement ne suffit pas toujours: il faut porter le crayon de nitrate d'argent sur le bourrelet muqueux, il faut ensuite baigner l'œil malade avec de l'eau froide à laquelle on ajoute 20 gouttes d'acide hydrochlorique pour un verre d'eau. On doit alors mettre en usage ce mélange pour laver l'œil toutes les deux ou trois heures pendant les premières vingt-quatre heures.

Les vésicatoires derrière les oreilles, conseillés anciennement, ne m'ont pas paru réussir; ils nous paraissent irriter inutilement les enfants.

Lorsque la conjonctivite se complique de pustules, le sujet se

plaint d'avoir un corps étranger dans l'œil. Si on l'examine avec soin, on reconnaît, et cela chez les enfants lymphatiques plus souvent que chez les autres, un certain nombre de vaisseaux formant sur le globe oculaire un faisceau triangulaire dont la base vient du cul-de-sac oculo-palpébral. Ces vaisseaux réunis forment le sommet du triangle qui rampe jusqu'au bord de la cornée où se trouve une pustule, en général du volume d'un grain de millet ou un peu plus. Quelquefois cette pustule est aplatie, d'un jaune clair; d'autres fois elle est purulente, plus ou moins saillante. Elle existe quelquefois seule ou avec deux, trois ou quatre autres, toujours autour de la cornée, ayant leurs triangles de vaisseaux disposés de la même manière. Tant qu'elles s'observent sur la conjonctivite bulbaire, le cas est peu grave; mais si elles envahissent la cornée, alors il peut survenir une ulcération aux points correspondants, c'est dans ces cas qu'on remarque souvent la photophobie.

Lorsque ces pustules n'envahissent pas la cornée, elles peuvent se résorber ou laisser une petite ulcération qui se termine par résolution, conjointement avec l'injection vasculaire.

Comme traitement, les lotions d'eau froide, les applications de compresses imbibées d'eau sont souvent suffisantes. Je me suis bien trouvé de toucher, mais très-légèrement et très-rapidement, les pustules au début avec la pointe du crayon de nitrate d'argent ou le crayon de pierre divine, et surtout en le portant sur les vaisseaux qui forment la pointe du triangle. Mais on se trouve bien en général, et on doit principalement se contenter de l'eau simple ou d'un collyre au borax de M. Desmarres :

Eau..	100 grammes.
Borax..	20 centigr.
Eau distillée de laurier-cerise..............	20 grammes.

Il faut tenir les enfants dans une pièce peu éclairée et éviter une vive lumière.

Si le malade a de la photophobie, il est utile de mettre dans l'œil deux ou trois fois par jour une goutte du mélange suivant :

Sel d'atropine neutre........................	10 centigr.
Eau distillée................................	10 grammes.

Il faut insister sur les purgatifs et suspendre momentanément les moyens toniques ou antiscrofuleux.

La conjonctivite peut se compliquer de granulations avec sécrétion d'un liquide puriforme et développement à la face interne des

paupières d'une multitude de petites saillies semblables aux papilles de la langue. Quelquefois l'inflammation gêne le mouvement des paupières; il y a démangeaison sur les surfaces enflammées et principalement vers le grand angle de l'œil. Peu à peu la rougeur devient plus intense, le tissu cellulaire sous-muqueux peut s'infiltrer, les granulations augmentent de volume; il y a exaspération le soir et le matin, les bords des paupières sont collés par la sécrétion du mucus desséché. Ces granulations peuvent se terminer par résolution; elles peuvent aussi se compliquer de chémosis séreux; elles peuvent régner sous la forme épidémique, et nous avons vu plusieurs enfants de la même famille être pris de cette affection ensemble ou successivement. Cela s'est vu dans nos salles de chirurgie de l'hôpital; c'est aussi ce qu'on a remarqué sur les enfants qu'on mène aux asiles des divers arrondissements.

Pour ces granulations, quelle que soit la cause de leur développement, le froid, la contagion, etc., il faut employer surtout les applications légères de crayon de nitrate d'argent, ou mieux la pierre divine, sur la face interne des paupières que l'on renverse, et sur lesquelles on passe légèrement et rapidement. On joint à ce moyen un collyre légèrement astringent, celui de M. Desmarres :

Eau distillée............................	100 grammes.
Tannin pur..............................	1 gramme.
Eau distillée de laurier-cerisé..............	4 grammes.

On doit l'instiller plusieurs fois par jour entre les paupières. Si l'affection granuleuse passe à l'état chronique, il faut employer les pommades légèrement excitantes entre les paupières :

Beurre frais lavé..........................	4 grammes.
Azotate d'argent cristallisé.................	1 gramme.

ou bien :

Beurre frais lavé..........................	5 grammes.
Précipité rouge...........................	20 centigr.

Les conjonctivites peuvent se compliquer d'ulcérations à la cornée. Ces ulcérations sont souvent accompagnées de photophobie et réclament l'usage de la solution d'atropine. Les collyres au sulfate de zinc ou à l'azotate d'argent peuvent suffire pour les combattre.

Nous avons quelquefois pu toucher très-légèrement ces ulcérations avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent et avec succès.

Mais on voit souvent dans les conjonctivites des taches sur la cornée qui ne sont autres que la conséquence d'une kératite super-

ficielle suivie d'un épanchement entre les lames de la cornée, ou bien d'ulcérations qui se cicatrisent; beaucoup de ces taches peuvent se résorber et par conséquent peuvent n'être que passagèrement un obstacle à la vision. Nous en avons vu, chez des enfants très-jeunes, de fort étendues disparaître à mesure qu'ils avançaient en âge. Il faut cependant les traiter : c'est ce que nous indiquerons à l'article *Kératite.*

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvelle gomme Kino.

Le savant pharmacologue Guibourt a parfaitement décrit les diverses variétés de gomme Kino qui se trouvent dans notre commerce.

Aujourd'hui, la droguerie anglaise propose à celle de Paris une autre gomme Kino qui vient, dit-on, de l'Australie; c'est un liquide d'une belle couleur rouge foncée, d'une odeur légèrement aromatique, d'une saveur franchement astringente; sa valeur commerciale s'apprécie d'après son titrage, c'est-à-dire d'après la quantité d'extrait sec qu'on en obtient après l'avoir évaporé au bain-marie ou à l'étuve.

En Angleterre, on donne à ce soluté de Kino le nom de *suc de Kino.* Cette substance découle-t-elle de l'arbre, ou est-elle le produit d'une manipulation toute spéciale? nous n'avons pu, malgré nos nombreuses recherches, avoir des renseignements à cet égard. Nous savons seulement que ce liquide n'a pas toujours le même degré de saturation : le plus riche est celui qui contient 40 pour 100 d'extrait. Le suc de Kino qui titre 40 d'extrait se vend 3 francs le litre; évaporé jusqu'à siccité, l'extrait revient à 8 francs.

La fraude exploite déjà ce produit : on lui ajoute, au moment de son évaporation, une certaine quantité de suc du mimosa caté-chu réduit en poudre, dont le prix est 5 à 6 francs le kilogramme. Cette addition est facile à reconnaître; elle communique à la gomme Kino la saveur douce, sucrée qui est un des caractères distinctifs du cachou officinal.

D'après ce qui précède, on pourra donc se procurer de la gomme Kino parfaitement pure, en se procurant le suc de Kino des Anglais, que l'on fera évaporer jusqu'à la consistance d'extrait.

Un mot sur la conservation des sangsues.

Il y a cinquante ans, la thérapeutique médicale faisait une si grande consommation de sangsues, que les pharmaciens en renouvelaient souvent leur provision : il n'en est plus de même aujourd'hui, car on les prescrit beaucoup moins, et cependant on en trouve toujours et en tout temps dans les officines, malgré les pertes importantes dont elles sont cause, par suite de la mortalité qui les frappe pendant les fortes chaleurs de l'été.

On a proposé bien des moyens de prévenir ou d'arrêter la mortalité des sangsues : on a conseillé de les enfouir dans de la terre glaise humide, ou dans la mousse imbibée d'eau; on a mis dans l'eau de leurs réservoirs du charbon de bois, pour l'empêcher de se putréfier. MM. Soubeiran et Lavallette ont imaginé des vases dont l'eau se renouvelle constamment, elle y arrive par en bas et s'écoule par en haut, il en résulte que les sangsues sont constamment lavées. Ces appareils ne peuvent être employés que par les hôpitaux. On a pensé que la nature des vases pouvait influer sur la santé des sangsues. Après de nombreux essais, on a conclu que les vases en terre et en verre devaient seuls être employés. M. Bruyère, pharmacien, vient de proposer de mettre dans l'eau des sangsues une certaine quantité de *fucus crispus* : il dit que cette addition permet aux annélides de reposer leurs ventouses, et de se nourrir.

Nous n'approuvons pas ce mode de faire: malgré les soins qu'on a de changer l'eau souvent, elle s'altère promptement. Ensuite, n'y a-t-il pas de l'inconvénient à nourrir les sangsues? Elles doivent prendre plus difficilement et tirer moins de sang.

Les sangsues exsudent une matière floconneuse qui les étreint si fortement, qu'elles en sont souvent malades; à l'état de liberté, elles s'en débarrassent promptement; il n'en est pas de même dans nos réservoirs : une longue expérience nous a démontré, ainsi qu'à plusieurs de nos confrères, que si l'on met dans les vases où l'on conserve les sangsues un lit de silex, elles se portent bien mieux; il faut que les cailloux aient des formes variées et que leur grosseur ne dépasse pas celle d'une noisette. Les sangsues aiment à séjourner dans les cavités que forment les silex; en y pénétrant, leurs corps se frottent aux aspérités des pierres; elles débarrassent ainsi leur peau des mucosités filamenteuses qui les salissent.

Lorsqu'on change les sangsues d'eau, on lave les silex; il n'y a ni frais, ni beaucoup d'embarras. Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur la revaccination.
Quelques considérations à l'occasion de 480 revaccinations pratiquées en 1865.

Monsieur le Rédacteur,

Vers la fin de l'année 1860, j'avais l'honneur d'adresser à la rédaction de votre journal le résultat de 272 opérations de revaccination effectuées pendant la saison chaude, et, à l'occasion du succès presque général qui venait d'accompagner ces revaccinations, je faisais ressortir les conditions propres à assurer la réussite de cette opération.

Aujourd'hui, à l'occasion de 480 revaccinations faites par moi-même, pendant l'année qui vient de s'écouler, je vous demande la permission de vous entretenir quelques instants encore de cette importante question.

Ce chiffre de 480 revaccinations se décompose de la manière suivante : 418 revaccinations faites à Avignon, du 26 mai au 22 juillet, sur ceux des hommes du 32e de ligne qui se trouvaient dans le cas de subir l'opération, et 62 revaccinations faites à Metz, du 4 novembre au 2 décembre, à la 4e section d'infirmiers militaire dont le service m'est présentement confié.

Les revaccinations faites l'été dernier à Avignon, au 32e de ligne, ont donné :

Succès certains.................	265
Succès incertains...............	37
Insuccès.......................	116

Des 116 insuccès que nous signalons, 3 se sont présentés chez des hommes offrant des traces bien apparentes d'une variole plus ou moins ancienne. Puis 1 homme, chez qui l'opération n'a pas réussi, a prétendu avoir été vacciné deux fois avec succès, mais a néanmoins été soumis à la mesure générale de l'inoculation vaccinale, du moment que la page réservée sur le livret de chaque militaire aux vaccinations, ne faisait aucune mention d'une revaccination antérieurement effectuée.

D'autres insuccès seraient dus à un expédient non rigoureusement prouvé, mais qui m'a été maintes fois signalé, même par les hommes pusillanimes qui y recouraient, je veux parler de l'usage de lotions vinaigrées, destinées à entraver le développement d'une

éruption, qui parfois s'accompagne de douleur tensive du bras. Enfin, comme il est bien avéré que très-exceptionnellement, le vaccin s'est développé après une incubation de plus de quinze jours, j'ai peut-être à me reprocher d'avoir noté, comme revaccinés sans succès, des hommes que je perdais de vue à une époque où l'on n'a généralement plus rien à espérer, et qui négligeaient de faire rectifier les indications portées sur leur livret, dans la crainte peut-être de servir de vaccinifères pour leurs camarades.

Parmi les 37 succès incertains, il en est 2 qui se sont montrés chez un homme qui affirmait avoir été déjà deux fois vacciné, et l'autre, chez un homme qui, quelques années après avoir été vacciné avec succès, avait subi une atteinte de variole. Dans notre précédent rapport, nous nous sommes expliqué sur cette expression de succès incertains qui figure sur les livrets de troupe. Elle était à nos yeux applicable, lorsque le très-petit nombre de pustules qui se manifestaient, s'éteignaient aussitôt après leur apparition.

Quant aux 62 revaccinations, faites à la 4e section d'infirmiers militaires, elles se décomposent en :

26 succès certains;
5 succès incertains;
31 insuccès.

La présence de quelques cas de variole et de quelques cas de varioloïde, à l'entrée de la saison d'automne, parmi les infirmiers de l'hôpital militaire de Metz, explique pourquoi nous n'avons pas attendu les beaux jours pour exécuter sur ces hommes, la prescription des circulaires ministérielles qui rend la revaccination obligatoire pour tout sous officier et soldat des régiments.

Aussi, comme dans nos dernières revaccinations de l'année, nous agissions à une époque fort peu diaphorétique, le succès ne fut-il pas aussi grand qu'il l'a été lorsque les circonstances nous ont laissé pleinement libre de choisir le moment des revaccinations. Néanmoins, tout en ayant opéré par une température assez basse, nous avons obtenu 26 succès, sur 62 hommes revaccinés, chiffre qui s'éloigne encore du résultat auquel on est généralement habitué, puisqu'il est toujours admis par beaucoup de personnes que les revaccinations ne réussissent guère qu'une fois sur dix, parce que, disent-elles, l'individu inoculé continue à jouir du bénéfice de la première vaccination. Bien plus, sur les 31 insuccès éprouvés aux dernières revaccinations, il y en a 3 qui ont été observés chez des hommes qui avaient été atteints antérieurement de variole ou de varioloïde.

Les revaccinations dont je viens d'exposer brièvement les résultats, ont été pratiquées conformément aux idées renfermées dans le mémoire publié par le *Bulletin de Thérapeutique*, dans son numéro du 30 octobre 1860. L'idée fondamentale de ce mémoire est l'inoculation d'une très-grande quantité de virus, à l'aide ou non d'une très-grande quantité de piqûres, pratiquée autant que possible par la température si éminemment diaphorétique de la saison d'été.

Voici du reste ce que je disais, il y a cinq ans, du procédé opératoire et des raisons qui semblent tout naturellement l'indiquer:

« La lancette étant introduite horizontalement et légèrement, de manière à n'intéresser que les couches les plus superficielles du derme, j'essuie l'instrument chargé de matière virulente dans l'intérieur de chaque piqûre, puis, autant que possible, avant que le sang ne vienne à suinter à travers la piqûre, je laisse couler à sa surface une forte goutte de virus.

« Un individu inoculé avec succès pendant son enfance, me disais-je, doit tout naturellement, pour être impressionné une seconde fois par l'agent virulent, recevoir une quantité de vaccin beaucoup plus considérable que celle qui a suffi, vingt ou vingt-cinq ans auparavant, à déterminer l'éruption vaccinale....

« C'est un fait d'observation journalière dans les séances de vaccination, qu'une lancette chargée d'une très-minime portion de virus sert trop souvent à opérer la vaccination sur plus d'une personne.»

Quelle est donc l'idée qui jusqu'ici paraît avoir dirigé sous la peau une lancette chargée d'une dose en quelque sorte infinitésimale de virus ? c'est, dit-on, que, l'individu ayant été déjà lors de sa plus tendre enfance influencé par le virus vaccin dont la force préservatrice pourrait bien n'être pas complétement éteinte, comme semble le prouver l'insuccès à peu près constant qui suit l'opération de revaccination, l'inoculation d'une quantité de virus même très-petite doit suffire pour lui assurer l'immunité.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré relativement à la cause de l'insuccès presque général des revaccinations, telles que bien des personnes les pratiquent encore aujourd'hui, ont par avance démontré, ce que cette manière de voir tout hypothétique avait d'erroné, et combien était faux le point de départ du médecin revaccinateur.

Que l'enfant de quatre mois qui subit une première vaccination ne reçoive qu'une quantité très-minime de vaccin, nous l'accordons et l'expérience du succès à peu près constant qui accompagne cette opération, donnerait mauvaise grâce à qui oserait s'inscrire en

faux contre cet manière de procéder. Car, bien que l'enfant n'ait subi l'inoculation qu'à l'aide de quantités très-minimes de virus, les métamorphoses continuelles, les mouvements incessants de composition et de décomposition qui constituent la vie sont tellement rapides dans cet organisme, constitué d'ailleurs par une masse très-petite, qu'il n'est pas étonnant que l'absorption, que les mouvements moléculaires aient bien vite porté dans la généralité de l'économie la quantité si infime de virus, qu'à l'aide d'une très-petite incision l'opérateur a placé sous la peau.

Mais si les mouvements vitaux s'exercent chez l'enfant avec une très-grande rapidité, il n'en est pas de même chez l'adulte, à beaucoup près ; et ne donner à l'homme adulte qu'une dose de virus beaucoup moins forte, le plus souvent, que celle qu'il a reçue pendant son enfance, c'est agir d'une manière parfaitement irrationnelle, c'est méconnaître les lois de l'analogie ; car enfin, l'expérience de tous les jours ne nous indique-t-elle pas qu'il faut subordonner la dose du médicament à l'âge du sujet, et presque toujours l'augmenter, en raison directe des années, au moins de l'enfance à l'âge adulte? Or, le médicament, qu'est-ce autre chose qu'un agent destiné à pénétrer par la force d'absorption dans l'organisme, et à l'influencer de telle ou telle façon, suivant l'organe et la fonction qui ont subi ce trouble plus ou moins prononcé, plus ou moins patent, plus ou moins durable qu'on appelle maladie?

Vous triplez et souvent décuplez une dose de médicament, chez un homme qui depuis un temps plus ou moins long est sorti de l'enfance, parce que cet homme ne pourrait être influencé que par une dose de substance médicamenteuse beaucoup plus forte que celle qui suffit pour impressionner l'enfant, et l'analogie ne vous a pas encore conduit à vous demander s'il ne fallait pas aussi tripler, décupler peut-être la dose de virus, alors que la masse humaine, si je puis dire, est beaucoup plus considérable que pendant la première enfance, alors que les mouvements d'échange perpétuel qui, nous le disions, caractérisent la vie, sont beaucoup moins actifs, que la force d'absorption, que les mouvements moléculaires ont subi avec l'âge une notable diminution !

Toutes ces considérations, dont une partie figurait dans mon précédent mémoire, justifient donc la réflexion par laquelle il se terminait. « L'inoculation vaccinale, suivant la manière dont elle est pratiquée, suivant la qualité et la quantité de la matière virulente employée, donne lieu à des résultats très différents.»

C'est conformément à ces idées que désormais je procède à la

revaccination, et si depuis 1860 je n'ai pas osé vous entretenir du résultat de mes recherches, c'est que le nombre d'hommes dont il m'était permis de disposer, pour l'exécution d'une opération que des notions d'hygiène des plus vulgaires ont rendue obligatoire dans les corps de troupe, était le plus souvent par trop restreint. C'est ainsi qu'avant 1865, pendant les années où j'obtenais l'exécution des prescriptions ministérielles, je n'ai pu arriver qu'à revacciner annuellement, en moyenne, une soixantaine d'hommes, et cependant j'avais soin d'appeler tout spécialement l'attention du commandant sur cette circonstance que, dans le but d'amener le moins d'indisponibilités possible par vaccination, toujours je respectais le bras droit, principal agent des mouvements de la vie de relation.

Au 32ᵉ de ligne, au contraire, et quelques mois plus tard aux infirmiers, je pus en toute liberté procéder à la revaccination de tous ceux qui se trouvaient dans le cas de subir l'opération. Cela soit dit, bien entendu, pour expliquer la différence entre les chiffres qui font l'objet de cette communication et ceux des années antérieures, réellement par trop faibles pour avoir pu faire l'objet d'un rapport.

Les premiers vaccinifères dont je disposai l'année dernière, furent des enfants présentant de très-belles pustules, qui me servirent à inoculer 6 hommes. Chaque semaine, et par le même moyen, je procédai à l'inoculation d'un nombre égal de militaires, jusqu'au moment où le médecin civil, de la complaisance de qui je tenais le virus, eut terminé ses vaccinations ; 18 hommes reçurent ainsi du vaccin pris sur des enfants de moins d'un an. Les autres militaires qui se trouvaient dans le cas de subir l'opération, furent revaccinés de bras à bras, avec le virus provenant de l'évolution des pustules chez ceux de ces 18 hommes chez qui l'opération fut couronnée de succès.

C'est avec bien du regret que j'ai dû cesser de revacciner à l'aide de virus pris sur des enfants, car mes revaccinations antérieures m'avaient appris une fois de plus que le vaccin pris sur un enfant, et inoculé de bras à bras à un adulte, arrivait très-vite, transmis d'adulte à adulte, à perdre peu à peu son aptitude au développement de la pustulation caractéristique de l'éruption normale. En effet, tandis que les premières inoculations faites de bras à bras amenèrent le développement de pustules légitimes, peu à peu l'éruption s'éloignait des caractères normaux de la vaccine, jusqu'à ce que le virus eût perdu ses caractères d'inoculabilité.

Une expérience curieuse à tenter ou plutôt à répéter eût été celle dont M. Hervieux vient d'entretenir la Société médicale des hôpitaux : la pustule n'ayant plus les caractères de la vaccine légitime, les reprend quelquefois sur un individu à qui le virus de la fausse vaccine est inoculé et «ce que l'on a appelé la fausse vaccine peut donner lieu à la vaccine vraie.» Dans son numéro du 27 janvier 1866, la *Gazette des hôpitaux* reproduit une théorie consolante pour les praticiens qui n'ont pas constamment à leur disposition le beau vaccinifère de quelques mois, élément si nécessaire à la production d'un vaccin du premier aloi. «Voici, dit la *gazette*, les faits qui ont conduit M. Hervieux à établir cette proposition :

«En 1850, alors qu'il était à Elbeuf où régnait une épidémie de variole très-intense, il dut faire beaucoup de vaccinations; mais il lui arriva souvent de manquer de vaccin. Un jour de disette, n'ayant à sa disposition que des pustules de fausse vaccine, il puisa à cette source, et, à sa grande surprise, l'inoculation fut suivie d'un succès complet.

«Les observations qu'il a faites à la suite de cette expérience l'ont convaincu qu'il n'y a en réalité ni vraie, ni fausse vaccine, toute pustule vaccinale, que sa forme soit vésiculeuse ou pustuleuse, qu'elle soit pointue ou aplatie, saillante ou déprimée à son centre, pouvant fournir un vaccin parfait. »

Si, dans le grand nombre de revaccinations que je viens de pratiquer, il ne m'a pas été donné de constater le fait si important de la réapparition des caractères normaux de l'éruption vaccinale chez des hommes qui avaient reçu le virus de bras sur lesquels ces caractères s'étaient perdus, cela tiendrait-il à ce qu'il se serait produit fortuitement et à de très-rares intervalles, sans fixer mon attention? Dans tous les cas, lorsque j'aurai occasion de reprendre les vaccinations, je ne manquerai pas de chercher à constater la possibilité de cette heureuse transformation.

Cet aperçu nouveau dans la question m'amène tout naturellement à la relation d'un fait présentant quelque intérêt d'actualité, sous le rapport de l'âge auquel il peut paraître nécessaire de commencer à soumettre l'humanité à l'opération de la revaccination. Ce fait est en outre digne de remarque, au point de vue du nombre des éruptions vaccinales et des éruptions varioliformes qui se sont succédé, à des intervalles plus ou moins éloignés, sur la même personne, en même temps qu'il peut servir à corroborer notre théorie sur la différence des résultats obtenus, dans la revaccination, suivant le procédé opératoire auquel on a songé à recourir.

Le soldat Thuilier est âgé de vingt-trois ans ; vacciné avec succès quelques mois après sa naissane, il fut pris de varioloïde à l'âge de cinq ans. A quatorze ans, il fut revacciné sans succès, et, quinze jours après, il était sous l'influence d'une variole dont les traces sont désormais très-appréciables. Enfin, malgré la varioloïde, et surtout malgré la variole bel et bien confluente dont fut affligé ce militaire, la revaccination effectuée l'année après par moi-même, c'est-à-dire l'année dernière, donnait, dans les délais voulus, un résultat satisfaisant.

Tout d'abord, cet homme vacciné, disons-nous, avec succès quelques mois après sa naissance, subissait à l'âge de cinq ans une atteinte de varioloïde. L'expérience a donc démontré, une fois de plus, victorieusement, que ce n'est pas vers l'âge de quatorze ans qu'il convient de commencer les revaccinations ni même vers la huitième année, comme on le disait tout récemment, en s'appuyant sur cette circonstance que bon nombre d'enfants de sept ans et demi à quatorze ans inoculés dans des institutions de Paris avaient offert de très-beaux boutons dans la proportion d'un cinquième, mais bien dès l'âge de cinq ans. Une varioloïde survenue à ce moment déjà n'indique-t-elle pas en effet combien temporaire et courte peut être la vertu préservatrice du virus vaccin ?

Puis, une variole confluente s'est attaquée à une personne revaccinée sans succès quinze jours auparavant. Mon précédent compte rendu a je crois, suffisamment fait ressortir les causes principales de la non-réussite des revaccinations. Ou l'opération a été faite d'une manière assez défectueuse, ou l'individu inoculé jouirait encore du bénéfice de l'immunité variolique qui lui a été concédée par une première vaccination suivie, peu d'années après, d'une éruption varioliforme légère. Dans l'espèce, il n'est pas possible d'admettre que, si la revaccination effectuée quinze jours avant la manifestation variolique n'a pas réussi, c'est que l'individu n'offrait pas prise au hideux exanthème, préservé qu'il était par une première inoculation, puis par une varioloïde ; car l'intervalle écoulé entre la revaccination et l'apparition d'une variole confluente est par trop minime pour ne pas exclure forcément cette interprétation. Resterait donc la première idée, qui a d'autant plus sa raison d'être que l'affaiblissement de la vaccine, on le sait, est graduel et progressif, ce que semble prouver la nature de l'exanthème varioliforme qui atteint quelques très-jeunes enfants vaccinés avec succès peu après leur naissance, et il y a tout lieu de supposer que si, par le fait d'une exception bien

étrange, cet homme eût perdu aussi rapidement la préservation variolique, cette circonstance se fût révélée à aussi court délai, par une varioloïde, plutôt que par une variole, précisément des plus confluentes.

En dernier lieu, cette circonstance de l'apparition de deux fièvres éruptives de même nature, sinon de même caractère et de même gravité, chez un seul individu, est un cas de plus à ajouter aux exemples bien et dûment constatés, mais assez rares encore, de récidive de variole. Elle contribue d'autre part, alors surtout que le sujet de notre observation a été vacciné deux fois avec succès, à prouver une fois de plus l'opportunité des vaccinations chez les hommes variolés.

En lisant ce compte rendu où se trouvent effleurées quelques-unes des questions à l'ordre du jour, vous vous étonnez peut-être, monsieur le rédacteur, de n'y trouver aucune mention de vaccinifères pris dans l'espèce bovine. Je dois avouer que ce n'est que plusieurs semaines après les revaccinations faites cet automne que j'ai eu connaissance d'expériences d'ailleurs très-récentes d'inoculation faites à Metz sur des génisses, par des praticiens de la localité. Aussi n'ai-je eu qu'une seule occasion de pratiquer la revaccination à l'aide du virus emprunté aux animaux. Il s'agissait de deux jeunes gens qui désiraient instamment être revaccinés, bien qu'ils eussent été inoculés cinq ou six ans auparavant avec succès, et que même, chez l'un d'eux, un mouvement fébrile intense, qu'on paraît considérer avec assez de raison comme un signe très-important de l'immunité variolique, eût accompagné la pustulation. L'insuccès le plus manifeste qui a suivi l'opération a tardivement convaincu ces deux personnes que si une revaccination faite quelques années auparavant avec succès ne leur conférait peut-être pas l'immunité pour le reste de leur existence, il était au moins hors de propos de songer, après un si court espace de temps, à une nouvelle vaccination.

Mais, je m'aperçois qu'une autre question également toute d'actualité, celle de la transmission des maladies vénériennes par le vaccin, n'a pas encore trouvé place dans ce mémoire.

Sur le très-grand nombre de personnes revaccinées presque toutes de bras à bras depuis 1860, et dont le chiffre dépasse 1,000, en y comprenant, bien entendu, les 272 revaccinations dont j'avais alors l'avantage de vous rendre compte, je n'ai pas eu à regretter l'inoculation d'une vaccine qui aurait subi l'alliage impur de la syphilis, et cependant, les vaccinifères exécutant parfois des mou-

vements involontaires, lors de la soustraction du virus, il m'est arrivé d'observer très-exceptionnellement l'adjonction d'une petite quantité de sang à la matière inoculable. Cette heureuse circonstance, qui pourrait être considérée comme toute fortuite, est le résultat très-simple de la stricte exécution des mesures réglementaires dans les corps de troupe pour la prophylaxie des maladies vénériennes.

Les visites sanitaires ont lieu régulièrement tous les mois et nul ne peut se soustraire à cette importante obligation. Les hommes de service sont conduits le lendemain et les jours suivants à la visite. Contrairement à ce qui a trop souvent lieu dans les dispensaires, les hommes infectés n'attendent pas en général la revue de santé pour déclarer leur maladie. GUSTAVE GOUPIL,

Médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Metz.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales, par M. le docteur A. MILLET (de Tours), médecin de la colonie de Mettray ; Mémoire couronné (médaille d'or) par la Société centrale du département du Nord.

Voici un livre qui vient fort à propos : il enhardira les timides et modérera les téméraires ; il préparera par conséquent, nous l'espérons tout au moins, le dernier mot que doit dire la science sur l'utilité des préparations arsenicales.

M. le docteur Millet (de Tours), bien connu des lecteurs de ce journal, est essentiellement un esprit curieux et, ce qui vaut mieux encore, car cela nous arrache au charme souvent stérile de la spéculation, un esprit chercheur qui suit comme d'instinct la pente de l'expérience laborieuse pour satisfaire son besoin de connaître et d'étendre, dans la mesure de ses forces, le domaine des applications pratiques. Le livre nouveau de notre savant confrère de Tours, dont nous allons nous entretenir un instant ici, est encore marqué de ce double caractère, et ne peut manquer de maintenir l'auteur dans l'estime que tous nous accordons, sans la marchander, aux médecins qui se dévouent aux labeurs pénibles de l'avancement sagement progressif de la science.

Il y a des siècles qu'on a tenté pour la première fois d'introduire les préparations arsenicales dans l'arsenal, confus comme le chaos, de la matière médicale. Nous ne détacherons de cet historique,

qu'on trouve partout et dont nous félicitons M. Millet de n'avoir pas allongé son livre, que le fait singulier de l'usage fréquent, paraît-il, de l'arsenic à l'intérieur chez les paysans de la basse Autriche et de la Styrie, qui l'emploient en vue de se donner de l'embonpoint et de la fraîcheur, ou de se rendre plus volatils, c'est-à-dire de faciliter la respiration dans la marche ascendante. Tout extraordinaire que paraisse ce fait, nous ne croyons pas qu'il puisse être révoqué en doute, et nous comprenons que tous les auteurs qui ont tenté d'introduire dans la thérapeutique ce modificateur puissant de l'organisme l'aient invoqué comme un point de départ légitime dans leur enquête méthodique sur l'action des préparations arsenicales dans le traitement d'un certain nombre de maladies. Quoi qu'il en soit à cet égard, nombreux, très-nombreux sont les états morbides qu'on s'est efforcé de combattre par ces préparations, qui ont revêtu un grand nombre de formules diverses. Notre savant confrère, suivant un plan que tout le monde conçoit sans qu'il soit besoin de le rappeler ici, tant il est simple, passe successivement en revue les affections diverses dans lesquelles on a tour à tour expérimenté l'arsenic, d'après des vues *à priori* plus ou moins judicieuses et plus ou moins en harmonie avec les principes les moins contestés de la thérapeutique générale. Bien que l'auteur, on le voit de suite, incline à absoudre toutes les tentatives qui ont pour but d'étendre les applications de cet agent, tant il est convaincu que c'est un modificateur thérapeutique de la plus haute portée dans les maladies, esprit honnête et judicieux tout à la fois, il sait résister à cette pente, et n'hésite pas, aux dernières lignes de son intéressant travail, à formuler ce jugement que tout le monde acceptera : « L'arsenic, dit-il, est un médicament réel, sérieux, l'un des plus puissants, l'un des plus héroïques de la matière médicale, et qui, dans maintes circonstances, répond *toujours* aux espérances qu'on avait conçues de lui; mais ce n'est pas une panacée. » Ceci rappelé, pour bien marquer la disposition d'esprit avec laquelle l'auteur étudiera l'utilité des préparations arsenicales dans les maladies auxquelles elles peuvent s'appliquer, nous allons d'un trait rapide indiquer quelques-unes des affections auxquelles il les a lui-même appliquées, dans quelle mesure et avec quelle utilité il l'a fait pendant le cours d'une pratique déjà assez longue.

M. le docteur Millet a eu de fréquentes occasions d'expérimenter l'action thérapeutique de l'arsenic dans l'une des maladies dans laquelle on l'a opposé le plus souvent : la fièvre intermittente de divers types. Dans sa conviction intime, le médicament développe

ici une efficacité réelle et que désormais il est impossible de révoquer en doute. Telle est la conviction du médecin de Tours à cet égard, qu'en face des faits nombreux qu'il cite, se posant la double question suivante : « Le sulfate de quinine nous eût-il donné des résultats meilleurs? Nous eût-il donné des résultats aussi beaux? » Il n'hésite pas à répondre négativement. Il semblerait qu'en regard d'un résultat si nettement énoncé, notre honorable confrère, arrivant à la question de l'opportunité des mêmes préparations dans les fièvres intermittentes pernicieuses, ne dût pas hésiter davantage à poser le principe de l'utilité, de la supériorité même de ces mêmes préparations sur l'alcaloïde de quinquina : il n'en est point ainsi cependant, et l'auteur confesse qu'en pareil cas le vieux sulfate de quinine obtiendrait encore sa préférence. Si nous signalons ici cette sorte de contradiction, ce n'est pas assurément pour faire un procès de tendance à notre très-honorable confrère, mais bien pour montrer que son enthousiasme en faveur de la nouvelle modification se concilie très-bien chez lui avec le respect, je ne dis pas d'une tradition, mais d'une démonstration bientôt deux fois séculaire.

Après avoir opposé l'arsenic aux fièvres intermittentes, dont le processus morbide, l'*impetum faciens*, si l'on veut, part très-probablement des profondeurs intimes du système nerveux, il était simple que les fauteurs de la médication nouvelle conçussent la pensée d'en faire tourner les bénéfices au profit des névralgies et de tout accident pathologique où se montre, sous une forme plus ou moins accentuée, l'élément mystérieux de la périodicité. Lui aussi, M. Millet, a marché dans cette voie, et y a signalé quelques faits nouveaux, qui tendent à établir qu'en effet cette forme larvée de la périodicité morbide peut trouver dans les préparations arsenicales prudemment maniées un antagonisme utile. Mais il est d'autres affections, à entendre ce mot dans le sens vulgaire qui ne pointille pas sur la signification savante des expressions, où l'arsenic paraît modifier utilement l'organisme souffrant en l'impressionnant d'une manière différente, suivant ce qu'il semble au moins : ces affections sont très-nombreuses; nous n'en indiquerons que quelques-unes, celles où l'action thérapeutique du moyen dont il s'agit est le plus originale : ce sont les bronchites chroniques, et certaines formes de l'état morbide complexe qu'on entend par la dyspepsie.

M. Millet inclinerait à penser que ce sont les expérimentations des homœopathes qui ont mis sur la voie de l'application sérieuse des préparations arsenicales aux maladies de l'appareil respiratoire,

Je ne sais ce qu'il en est à cet égard, mais à mes yeux ce serait là, dans tous les cas, une recommandation qui ne recommanderait pas du tout. J'aime mieux un seul fait observé par M. Bretonneau que tous ce fatras d'hallucinations, de visions d'hypocondriaques volontaires, d'où la science ne peut pas plus sortir que du trépied des pythonisses. L'auteur estime qu'il est peu de maladies où l'efficacité de l'arsenic se manifeste d'une manière plus éclatante que dans l'une des maladies de cet ordre, la bronchite chronique. C'est à l'école de son illustre maître, Bretonneau, que M. Millet a puisé un enseignement que sa pratique particulière est venue ensuite hautement confirmer. Il a vu en quelques jours, grâce à cette médication, disparaître des bronchites, des catarrhes pulmonaires qui remontaient à plusieurs mois. Nous aimerions mieux un succès moins éclatant : non, assurément, que nous émettions l'ombre d'un doute sur les faits signalés par notre honorable confrère ; mais quand une bronchite a duré six semaines, deux mois, et qu'elle cesse aussi rapidement, pendant que les malades prennent quelques milligrammes d'arsenic, nous sommes fort tenté de nous demander si la cessation du mal ne se lie pas plutôt à quelque travail interne et caché de l'organisme vivant qu'à une impression thérapeutique qui n'a pu, en si peu de temps, qu'effleurer celui-ci. Les faits sur lesquels s'appuie ici le médecin de Tours, nous pensons donc qu'ils méritent de fixer l'attention ; mais avant d'accepter la conclusion qu'on en tire un peu prématurément peut-être, nous demandons un plus ample informé. C'est de la logique élémentaire.

Une action, nous ne disons pas une application, une action non moins originale que développerait l'arsenic employé dans l'intérêt de la thérapeutique, c'est à coup sûr celle qu'on lui attribue dans certaines formes de la dyspepsie, et principalement de la gastralgie. Ici encore, nous trouvons des faits de guérison si rapides, que nous, qui ne croyons guère aux miracles, nous nous prenons, en face de quelques-uns de ces faits, à nous demander si la guérison, en cas pareils, n'est pas le pur effet moral d'un changement de médication, comme Esquirol et d'autres en ont cité des exemples remarquables, ou même une forme peu usitée de complaisance envers un médecin aimé (en tout bien, tout honneur, bien entendu). Malgré cette part du feu qu'il faut presque toujours faire en matière de critique thérapeutique, nous estimons que les préparations arsenicales peuvent être utilement employées ici : seulement il y faut apporter une excessive prudence, et pour ne pas nuire, et pour conclure juste.

M. Millet a, dans son intéressante publication, touché à bien d'autres questions relatives à l'action thérapeutique de l'arsenic dans les maladies : c'est là qu'il faut méditer ses laborieuses études. Pour nous, nous n'en avons donné ici qu'un très-court spécimen, parce que nous estimons que ces questions resteront encore longtemps à l'étude. Ce que nous voudrions, c'est que M. Millet continuât ses recherches ; que d'autres, animés du même amour de l science, suivissent la même voie ; mais, ce que nous voudrions surtout, c'est qu'un esprit hardiment synthétique, s'appuyant sur les faits déjà nombreux qui gisent épars dans la science, pour témoigner de l'action thérapeutique si profondément originale de l'arsenic, rassemblât ces faits, en saisît les délicates affinités, et se servît de celles-ci comme d'un fil conducteur pour déterminer le mode d'action intime de cette substance sur l'organisme souffrant. Mais il ne faudrait rien moins qu'un homme de génie pour atteindre un tel but !..... Qui donc vous dit le contraire ?

BULLETIN DES HOPITAUX.

Névralgie sciatique guérie par des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. — Mme Paillet, âgée de soixante ans, fut prise, le 26 février, de douleurs très-fortes dans tout le membre inférieur du côté droit ; elle les attribua à un excès de travail à la lingerie de l'hospice de Bicêtre. Son état empira tellement que, le 2 mars, dans la journée, elle fit demander un interne.

Auparavant, la santé de cette dame avait été très-bonne, troublée rarement par de vagues douleurs erratiques, disparaissant au bout de peu de temps.

Le 2 mars, je vis la malade pour la première fois. Depuis l'invasion du mal, les souffrances étaient devenues excessives dans le membre abdominal du côté droit. Tout le long de la partie postérieure de la cuisse, la malade comparait les douleurs à la sensation produite par une série de piqûres d'épingle accompagnées de sensation de brûlure dans le mollet et le dos du pied. En même temps se produisaient des crampes dans les muscles du mollet. Ces symptômes se manifestaient principalement le soir, avec une intensité telle que la malade ne pouvait dormir ; elle poussait des cris, se relevait de son lit pour se rouler sur son parquet. Ces accès se manifestaient également quand la malade approchait du poêle de la

chambre. La malade avait perdu l'appétit et se trouvait dans un état de prostration dû à la douleur et à l'insomnie.

La pression, même légère, sur le point lombaire, sur le point sacro-iliaque, sur le point trochantérien, sur les trois points fémoraux, sur le point péronier, déterminait des douleurs excessivement fortes. Les points de la partie inférieure du membre étaient peu sensibles.

Je pratiquai une injection sous-cutanée de dix gouttes de la solution de chlorhydrate de morphine employée par M. Tillaux dans le traitement des névralgies (solution à 0gr,02 de sel pour 1 gramme d'eau, soit 1 milligramme par goutte). La piqûre faite au niveau du grand trochanter fut très-douloureuse.

La malade fut soulagée dans la nuit : elle dormit. Le lendemain, la journée fut calme, mais le soir, dès que la malade se fût remise au lit, les douleurs reparurent.

Le 5 mars. Injection de quinze gouttes de la solution. La nuit est très-bonne. Réapparition des douleurs toute la journée et la nuit du 6.

Le 7. Injection de vingt gouttes.

Le 8. Même injection. La malade va beaucoup mieux et commence à vaquer à ses occupations habituelles dans sa chambre.

Le 12. Nouvelles douleurs, beaucoup moins vives qu'elles ne l'avaient été au début, cependant assez fortes pour empêcher la malade de dormir. Injection de vingt-cinq gouttes. Le mieux continue.

Le 14. Nouvelle injection de vingt-cinq gouttes.

Le 15. La malade présente des phénomènes d'embarras gastrique. Mouvement fébrile, état saburral de la langue, céphalalgie, inappétence. Je lui prescris vingt grammes d'huile de ricin.

Le 17. La malade est remise de cette indisposition. Je fais une injection de trente gouttes de la solution.

La nuit a été excellente, remplie tout entière par le sommeil.

Le 19. Il reparaît encore des douleurs, au matin, douleurs n'occupant plus un siége aussi spécial, très-supportables. Injection de trente-cinq gouttes.

Le 21. La malade n'éprouve plus de douleurs et peut vaquer à ses affaires.

LAURENT,
Interne des hôpitaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Ulcération de la langue, très-ancienne, guérie par un traitement antisyphilitique. Un gentleman, âgé de soixante-deux ans, vint, en avril dernier, consulter le docteur Arthur Leared, médecin du Grand Hôpital du Nord, à Londres, pour une ulcération de la langue ne remontant pas à moins de vingt années, qui lui causait beaucoup de gêne pour manger et de vives douleurs s'il venait à prendre des mets épicés ou ayant une température plus élevée qu'à l'ordinaire. Cette ulcération, de forme ovale, ayant la largeur de 1 shilling dans son plus grand diamètre, occupait la partie moyenne de la face dorsale de l'organe. La muqueuse de la bouche et les bords des lèvres étaient parsemés de taches blanchâtres assez semblables à des aphthes, entourées d'une auréole rouge foncé ; ces taches, après avoir duré un certain temps, disparaissaient pour faire place à d'autres, au bout d'un intervalle plus ou moins court, tandis que l'ulcération de la langue, depuis son début, n'avait jamais présenté aucune modification ni d'étendue ni d'aspect. Le malade avait eu un chancre trente ans auparavant, suivi, peu de temps après la cicatrisation, d'une éruption secondaire, pour laquelle il avait reçu les soins d'un éminent praticien ; il avait également consulté plusieurs fois le même médecin pour son affection buccale, mais sans qu'aucun autre traitement lui eût jamais été fait que quelques cautérisations et des collutoires.

Ne pensant pas d'abord avoir affaire à une affection syphilitique, M. Leared prescrivit le chlurate de potasse à haute dose à l'intérieur et une forte solution du même sel en applications locales. Aucune amélioration n'étant résultée de ce traitement poursuivi pendant un mois, la liqueur de Fowler fut administrée à doses croissantes, ainsi que des bains mercuriels. Au bout d'une semaine, il parut se produire du côté de la langue une légère amélioration, mais qui, vingt-cinq jours après, n'avait fait aucun progrès et était restée tout à fait insignifiante ; quant aux bains, ils n'eurent d'autre effet que de faire naître entre les épaules une éruption très-fatigante. N'obtenant et n'espérant plus aucun bénéfice de ces moyens, M. Leared eut alors recours à l'iodo-arsénite de mercure ou liqueur de Donovan, qu'il fit prendre à la dose de vingt gouttes deux fois par jour. Dès le quatrième jour, il eut la satisfaction de constater que l'ulcération de la langue était partagée en deux portions par un commencement de cicatrisation à sa partie moyenne ; comme le médicament causait de la diarrhée, il fit prendre un demi-grain d'opium après chaque dose. Le dixième jour, la portion la plus large de l'ulcération était réduite à la dimension d'un pois ; en même temps les pieds du malade étaient devenus si sensibles, qu'il avait de la peine à marcher ; une rougeur inflammatoire prononcée s'était manifestée aux talons et aux gros orteils. Le vingt-sixième jour, l'ulcération de la langue était cicatrisée à l'exception d'un seul point ; mais les pieds étaient extrêmement sensibles et rouges, avec desquamation ; les paumes des mains s'affectaient aussi, et il y avait de la douleur à la partie postérieure des gencives. En conséquence, la dose du médicament fut réduite de moitié. Deux jours après, la langue et la bouche étaient complétement guéries, à l'exception d'un reste de sensibilité dans les gencives. Le traitement fut continué à doses décroissantes pendant quelque temps encore, ce qui amena la disparition des symptômes qui s'étaient produits vers les extrémités. Enfin, cinq mois après la cicatrisation de l'ulcère, il parut sur les membres inférieurs des taches cuivrées qui cédèrent graduellement à l'usage de l'iodure de potassium et de bains mercuriels. Depuis la guérison ne s'est pas démentie.

La persistance d'une ulcération sur un organe aussi vasculaire que la langue pendant un laps de temps aussi considérable est un fait pathologique remarquable par lui-même, et la cure d'une telle affection montre bien le pouvoir de la médecine : le scepticisme le plus invétéré aurait bien de la peine à soutenir que, dans ce cas, la guérison a été spontanée et qu'il n'a existé qu'une simple coïncidence entre elle et l'administration du remède. Peut-être, aux yeux des thérapeutistes, y a-t-il lieu

de regretter l'emploi simultané de l'arsenic et du mercure, comme pouvant laisser quelque doute sur la question de savoir auquel de ces deux agents doit être rapporté le mérite du résultat. Il y a la plus grande probabilité que le mercure est celui qui est en droit de le revendiquer, comme le donnent à penser les symptômes de nature syphilitique qui se manifestèrent vers les membres pendant la durée du traitement. Il convient de remarquer, toutefois, avec M. Leared, que l'arsenic peut être utile dans certains cas de syphilis, et nous savons que plusieurs praticiens français, M. Ricord, M. J. Bernard, M. le professeur Teissier (de Lyon), M. Melchior Robert, M. Lasègue y ont eu recours avec succès. Aussi la liqueur de Donovan, qui réunit les agents syphilitiques dont l'efficacité est le mieux constatée, le mercure, l'arsenic et l'iode, mériterait-elle peut-être d'être employée plus souvent qu'elle ne l'est chez nous. Resterait à spécifier les cas où elle pourrait convenir : à l'expérimentation clinique de prononcer sur ce point. En attendant, nous sera-t-il permis de dire que, selon nous, ce seraient ceux où les diathèses syphilitique et scrofuleuse se trouvent combinées? (*Lancet*, 8 juillet 1865.)

Emploi et indications de la liqueur de Villate. Nous avons, en 1863, dit quelques mots de l'emprunt fait de cet agent à l'art vétérinaire et de ses applications à la chirurgie humaine par un confrère très-distingué des départements, M. le docteur Notta, de Lisieux. Nous en rappelons la formule.

R. Sous-acétate de plomb liquide.	30 gr.
Sulfate de cuivre cristallisé.	aa 15 »
Sulfate de zinc cristallisé.	
Vinaigre blanc.	200 »

Le mélange doit être agité avant d'en faire usage.

M. Notta vient de publier de nouvelles recherches, appuyées d'observations nombreuses, sur l'emploi de cette liqueur. Il résulte de son travail, comme aussi d'expériences faites par M. le professeur Nélaton, qu'elle est douée d'une efficacité incontestable dans le traitement de la carie et d'un très-grand nombre de fistules ou décollements qui reconnaissent pour cause les affections les plus variées, ayant toutes présenté le caractère commun d'être chroniques, rebelles, et de sembler incurables, telles que tumeurs blanches, abcès par congestion, abcès froids, abcès chauds, abcès tuberculeux, plaies d'armes à feu, inflammations des sinus, — en en exceptant toutefois la fistule à l'anus, dans laquelle cet agent a constamment échoué entre les mains de M. Notta. Mais la condition essentielle du succès est qu'il y ait chronicité absolue, qu'il ne reste rien d'aigu ; car, dans ce dernier cas, la liqueur de Villate réveille l'acuité, l'exaspère, et, au lieu d'une inflammation modificatrice salutaire, elle détermine souvent une inflammation phlegmoneuse qui peut avoir des conséquences plus ou moins graves.

Quant au mode d'emploi, il consiste, on le pressent facilement, en injections dans les trajets fistuleux ou sous les tissus décollés. Dans les cas ordinaires, il suffit de faire ces injections pendant deux, trois, quatre ou cinq jours de suite, suivant le degré d'inflammation obtenu, pour laisser ensuite reposer le malade un laps de temps égal. Mais cette manière de procéder devient insuffisante dans les cas rebelles, où l'on ne doit pas hésiter à pratiquer, comme le font les vétérinaires, une injection tous les jours, et ne pas craindre de continuer pendant des mois, s'il y a lieu. Toutefois il faut savoir suspendre l'usage de l'injection si l'inflammation devient trop intense, pour la reprendre quelques jours après. On obtient ainsi, dit M. Notta, des guérisons tout à fait inespérées. Quelquefois l'injection peut être remplacée par une mèche de charpie imbibée de liqueur de Villate, lorsque la plaie est peu profonde, remplie de fongosités, ou bien que la carie est facilement accessible. Dans quelques cas, si l'on craint une réaction trop vive, on peut mitiger la liqueur par l'addition d'une certaine quantité d'eau, ou bien laisser d'abord un jour ou deux d'intervalle entre chaque injection, afin de tâter la susceptibilité des parties, puis agir plus énergiquement quand on s'est assuré que l'inflammation ne peut pas devenir compromettante ; c'est encore de cette façon qu'on agit lorsqu'on a affaire à des trajets fistuleux situés dans le voisinage d'organes très-délicats et sujets à s'enflammer. Ainsi, on peut établir comme règle générale qu'il faut suspendre l'injection quand on voit les accidents inflammatoires dépasser une certaine limite et menacer de devenir trop intenses.

Ordinairement l'injection cause une

douleur assez vive qui dure quelques heures, ou même toute la journée; mais le plus souvent elle s'atténue et devient supportable au bout de quelques jours; dans quelques cas cependant elle conserve toujours une extrême intensité. Il convient alors de les suspendre ou de les mitiger.

Les premières injections déterminent une vive inflammation dans les trajets fistuleux, mais en général limitée; la suppuration augmente, puis diminue et se tarit, ce qui indique une cicatrisation prochaine. Parfois, il se produit de petits abcès sur la longueur ou dans le voisinage de la fistule, mais ordinairement sans gravité et qui n'empêchent pas la guérison. Quand il y a une carie osseuse, on voit souvent des parcelles d'os se détacher, après l'élimination desquelles la cicatrisation d'ordinaire marche vite. Quelquefois il se form dans les trajets, et c'est ce qui a été observé plusieurs fois par M. Nélaton, des espèces de fausses membranes ou lambeaux membraneux, qui se détachent, et sont éliminés, laissant des surfaces bourgeonnantes douées d'une grande puissance de cicatrisation.

Ainsi, la liqueur de Villate paraît agir à la manière des caustiques légers en stimulant vivement la plaie, et quelquefois en y déterminant une légère escarre. Il est bon de ne pas perdre de vue ce mode d'action et de ne pas laisser l'injection séjourner en quantité notable dans les clapiers; car, indépendamment de douleurs excessives et d'une inflammation trop intense, il pourrait en résulter une mortification des tissus, accident que M. le docteur Saurel a vu survenir chez un enfant, qui a été atteint de gangrène de la peau au voisinage de la fistule où la liqueur avait été injectée.

Lorsque la guérison a été obtenue, il n'est pas rare de voir, au bout d'un certain temps, une des fistules se rouvrir, ou de petits abcès se former et s'ouvrir spontanément en laissant de petites fistules. Quelques injections nouvelles en font rapidement justice.

Enfin, dans certains cas, il peut être bon de recourir à d'autres moyens concurremment avec la liqueur de Villate: ainsi, pour certaines fistules étroites, à la dilatation à l'aide des cordes à boyau, de la racine de gentiane, etc.; ainsi, à la compression, pour certaines tumeurs blanches. Ces divers moyens, et bien d'autres qui peuvent se présenter suivant la variété infinie des cas, employés isolément, seraient insuffisants; réunis, ils se viennent en aide les uns aux autres, et donnent des guérisons. (*Union méd.*, janv. et fév. 1866.)

Empoisonnement par le colchique. Le docteur Forest rapporte le cas suivant d'empoisonnement par le colchique:

Une jeune fille de dix-huit ans, d'une intelligence bornée, ingère coup sur coup, sans se rendre compte de ce qu'elle fait, dix-huit pilules contenant ensemble:

1g,665 d'extrait de coloquinte composé.
1g,665 d'extrait de colchique.
0g, 80 d'extrait thébaïque.

Au bout de treize heures, invasion des premiers accidents: coliques violentes, douleurs d'estomac, vomissements bilieux, besoins incessants d'aller à la garde-robe, selles rares et peu abondantes, fièvre modérée, soif vive.

Ces accidents diminuent progressivement d'intensité; vingt-quatre heures après leur invasion, ils se trouvent rejetés au second plan. Mais ils sont remplacés par des symptômes tétaniques qui vont en augmentant jusqu'à la mort: crampes intermittentes très-douloureuses dans les muscles des jambes, sensation de resserrement de la poitrine et de constriction de la gorge.

A mesure que ces derniers phénomènes augmentent d'intensité, se développent parallèlement les signes d'une asphyxie toujours croissante: pâleur, lividité et teinte cyanique de la peau; amaigrissement des traits; refroidissement, faiblesse, petitesse et insensibilité du pouls; syncopes de plus en plus prolongées. Enfin, mort après quarante-sept heures à partir de l'ingestion des substances toxiques.

Il faut noter qu'il n'y eut pas de délire et que l'intelligence conserva jusqu'à la mort toute sa lucidité.

Le traitement par les évacuants d'abord, et ensuite par les stimulants diffusibles, ne produisit aucun effet. (*Bulletin de la Société médicale de l'Aube.*)

Emploi du citrate de soude dans le traitement du diabète. Signalons l'introduction du citrate de soude à la dose de 4 à 8 grammes par jour, dans la thérapeutique du diabète, sur le conseil de M. Guyot-Danecy, pharmacien à Bordeaux. L'analyse aurait démontré que

le sucre disparaît des urines après l'administration de ce sel mêlé avec les aliments comme assaisonnement, au lieu du sel marin, et même qu'on peut, moyennant ce mélange, permettre la consommation du pain et des légumes féculents.

On sait, depuis les belles recherches de Vœhler, que les sels alcalins à acides organiques administrés à doses trop faibles pour provoquer des effets purgatifs, sont absorbés; que leur acide est brûlé dans l'acte respiratoire interstitiel, et qu'ils sont éliminés par les urines à l'état de carbonate.

Ces faits autorisent à admettre que le citrate de soude, sans troubler, comme les carbonates alcalins, la digestion primitivement acide de l'estomac, met secondairement l'organisme sous l'influence du carbonate alcalin, indispensable à la combustion interstitielle de la glucose alimentaire.

Préviendrait-on ainsi les inconvénients qui résultent trop souvent de l'administration prolongée du bicarbonate de soude et de l'eau de Vichy? Voilà ce qu'il faudrait démontrer par des faits cliniques, et ce qui serait d'une extrême importance (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Traitement de l'état comateux. Le docteur Sewel, médecin américain, s'est le premier servi de l'infusion de thé vert chez les individus tombés dans l'assoupissement par l'effet des substances narcotiques et spiritueuses. Il assure que ce remède lui a procuré des résultats qu'il n'a pu obtenir par d'autres moyens excitants et révulsifs. Par la suite, il l'a mis en usage dans d'autres espèces d'assoupissements et toujours avec avantage, et d'autres médecins, même en Europe, l'ont essayé dans l'état comateux typhoïde, avec un résultat satisfaisant.

Le thé a certainement une action prononcée sur le système nerveux; il est aussi un sudorifique évident; il ne peut occasionner aucun inconvénient et a une saveur agréable. Nous croyons aussi qu'il doit être utile comme boisson, spécialement dans la fièvre typhoïde, et il est très-probable que, dans beaucoup de cas de grande prostration de forces, il exciterait suffisamment le système nerveux, surtout dans nos pays où en général on n'en fait pas un usage habituel.

On pourrait surtout s'en servir en toute liberté dans ces états typhoïdes que l'on est contraint de traiter par la méthode expectante. Il est bien vrai qu'il n'est pas rare de voir les malades sortir de cet état par les seules forces de la nature; mais en publiant les faits observés par une statistique judicieuse, on arrivera à pouvoir fixer la juste valeur du thé employé comme remède dans les circonstances précitées. (*Gazz. dell' Ass. med. di Torino* et *Gazz. med. Ital. Lomb.*)

Description d'un modèle de baignoire en ciment romain, munie d'un appareil électrique à courant interrompu, par le docteur De Séré, médecin-major. — Il se compose:

1° D'un couple de Bunsen moyen modèle dont le vase externe est poreux et filtrant, faisant corps avec la baignoire, que l'humidité transforme en une masse unique d'une conductibilité uniforme.

2° D'une bobine à un seul gros fil, munie de son régulateur en cuivre qui augmente ou diminue la force de l'appareil selon qu'on couvre ou qu'on découvre une portion plus ou moins grande du fer doux de la bobine, lequel sert à interrompre le courant au moyen d'un trembleur.

A chaque interruption, l'extra-courant se répand dans l'eau et se distribue une partie vers les pieds, une partie vers la tête; le pôle positif aux pieds au moyen d'un gros charbon qui étale le fluide dans la masse d'eau qui le baigne de toutes parts; le négatif à la portion céphalique de la baignoire par une plaque de zinc.

3° D'une plaque de cuivre placée sous le couple, qui pose dessus, et aboutissant par un fil flexible à un bloc de charbon qui flotte sur l'eau du bain; c'est par ce flotteur que s'établit une dérivation qui règle l'action électrique. — En effet:

La baignoire l'eau et le corps formant un conducteur unique à large section, leur conductibilité différente les rend plus ou moins sensibles à l'action de ce charbon, qui, étant un conducteur plus parfait qu'eux tous, soutire l'électricité inégalement répartie dans les milieux de conductibilité différente dans lesquels il se trouve plongé. C'est un régulateur. Son action ressemble à celle d'une pointe métallique placée en regard d'un condensateur à roue de verre, qui soutire l'électricité accumulée sous la forme d'un cône dont la base est représentée par la surface du condensateur; ici la pointe

est remplacée par une masse de charbon.

Le régulateur agissant comme un centre d'action convergent, si on le déplace pour le porter vers l'extrémité céphalique, le courant dérivé se montre plus énergique par son rapprochement de la plaque de zinc. Placé à une distance convenable du charbon et du zinc, il participe de l'un et de l'autre et devient neutre. De même, si on le rapproche de l'extrémité postérieure, son action s'accuse par l'approche du gros charbon.

Si on le promène, on le sent passer.

Si bien que l'appareil fonctionnant avec une énergie donnée, le bain étant doux et régulier, si on enlève le régulateur de l'eau, la sensation devient directe des pieds à la tête, et il faut diminuer l'énergie de beaucoup pour la rendre supportable.

Il n'est pas indifférent de transposer les pôles et de mettre le pôle positif à la tête. On ne le fera sans danger qu'à la condition de beaucoup amoindrir la force et en provoquant quand même la congestion des organes de la poitrine et de la tête.

Il résulte des observations de M. de Séré que le bain exerçant une action générale sur les systèmes nerveux, circulatoire et locomoteur, tendant à activer ou rétablir la vitalité normale, produit un effet sédatif sur les tempéraments nerveux et irritables, et un effet excitant au contraire sur les tempéraments mous et difficiles à agiter.

Le régulateur répartit et régularise l'effet du bain par une dérivation aussi simple que générale. Si on le place perpendiculairement dans l'eau, soutenu par un flotteur au centre des milieux qu'il impressionne, il agit sur une personne saine, dont le corps est passif d'une façon douce, régulière et insensible Sans changer, la disposition de l'appareil, s'il existe une partie délicate ou malade, il se produit quelquefois tout de suite, et surtout dans les affections nerveuses une sensation qui accuse son passage et transforme le bain électrique normal en organe de diagnostic.

Si on promène le flotteur successivement en regard de chacune des parties du corps, le corps restant toujours passif, l'électrode dérivé devient un agent de diagnostic actif sans cesser d'être régulateur ; accusant son passage par la sensibilité ou l'insensibilité, la contractilité ou la non-contractilité de l'organe ou de la partie en regard desquels on le place.

Les affections qui ne tiennent qu'à un trouble nerveux ou circulatoire, modifiées dans l'ensemble d'une façon aussi douce que générale, disparaissent vite et l'effet est durable. Mais, lorsqu'il y a lésion ou impression sur un centre nerveux ou un organe, la disparition successive des épiphénomènes limite le diagnostic en même temps que l'affection et la rend accessible au traitement.

Chose étrange, au premier bain, le premier symptôme de la maladie reparaît, il s'accuse au second et reproduit successivement tous ceux qui ont laissé des traces dans l'organisme, et on voit se dérouler chacune des phases à mesure, puis se modifier et disparaître dans un ordre régulier, par un mode de progression analogue à celui de la mémoire sur le cerveau; on voit un phénomène morbide ramener le cortége de symptômes qui l'ont accompagné ou suivi et même précédé, comme un éclair de mémoire rappelle le souvenir d'un fait, puis de ce qui en a précédé ou suivi l'impression sur le cerveau.

Il en résulte que des crises se produisent par une réaction naturelle, même longtemps après le bain, qui sont quelquefois terribles dans les affections nerveuses rhumatismales ou goutteuses et découragent le malade, crises analogues à celles qu'on éprouve au retour des eaux thermales. Le médecin attentif à noter les effets observés dans le bain y constate la disparition de certains symptômes que le bain a guéris, ou bien le caractère spécial imprimé à la crise par le symptôme qui s'est montré le plus saillant dans le bain, ou par l'influence qui y a été la plus sensible ou la plus douloureuse.

Le bain électrique dans l'état de santé n'offre pas d'inconvénients, il donne seulement un coup de fouet à la circulation. Il est donc prudent et sans danger de rechercher et prévenir le mal demeuré à l'état latent, avant que les variations atmosphériques n'en déterminent l'éclusion.

Un état de crise n'est pas toujours une contre-indication : on peut se baigner au fort des douleurs.

L'eau du bain sera tantôt pure, tantôt composée à la température ordinaire, ou plus chaude ou plus froide; acide, alcaline, ou neutre, à un dosage variable de 0 à 5 degrés au pèse-acide. Si on dépassait un certain degré, le corps ne serait plus influencé, sa conductibilité devenant moindre

que celle du liquide dans lequel il serait plongé.

Il ne faut pas perdre de vue que la baignoire fait corps avec la pile, qu'elle n'est que l'expansion de son vase poreux externe.

Traitement du delirium tremens par le tartre stibié à haute dose. Le docteur Desprez a employé dans plusieurs cas avec succès le tartre stibié dans le delirium tremens. Voici le résumé d'une de ses observations : Un jeune homme, à la suite d'une contusion violente de la poitrine, fut atteint d'une fracture de côte. Dès le quatrième jour, il commença à se développer pendant la nuit des symptômes de delirium tremens : agitation, loquacité incessante, hallucinations. Le sirop de digitale fut alors administré à dose élevée (4 cuillerées en vingt-quatre heures). Le sixième jour, les accidents avaient augmenté, si bien que le blessé, qui n'accusait plus aucune douleur du côté de la poitrine, marchait et portait des fardeaux, en proie toujours à des hallucinations de plus en plus obsédantes. La digitale ne s'opposant en rien au développement des accidents, on fit prendre au blessé 100 grammes de sirop de morphine dans l'espace de huit heures : l'agitation était toujours aussi violente. Alors on eut recours à la potion stibiée (40 centigrammes dans une potion de 150 grammes), une cuillerée toutes les heures. Après avoir pris 3 cuillerées de la potion stibiée, le blessé finit par se calmer ; un sommeil réparateur, qui se prolongea le lendemain à l'aide de quelques cuillerées de la même potion, mit un terme à l'agitation, aux hallucinations; le pouls, qui s'était élevé de 60 à 100 pulsations, revint successivement à son système normal, et, deux jours après, le blessé sentait parfaitement la douleur résultant de la fracture de côte. (*Bulletin médical de l'Aisne.*)

Blennorrhée bronchique guérie par le copahu. Le fait suivant montre combien l'emploi des térébenthinés, et en particulier du copahu, peut être utile dans le traitement des hypersécrétions passives des bronches.

Un malade d'environ cinquante ans, bien conservé, atteint depuis plusieurs années d'une toux avec expectoration abondante, est admis dans le service de M. le professeur Hirtz, à Strasbourg. A son entrée, on constate une toux grasse avec une expectoration tellement abondante qu'elle atteint presque un litre. C'est un liquide clair, transparent, non spumeux, légèrement filant et laissant déposer au fond du vase une poussière tomenteuse, blanche, composée de globules muqueux et de débris d'épithélium. L'analyse chimique n'y découvre qu'un peu de mucus avec beaucoup d'eau et absence complète de sulfo-cyanure, preuve évidente que ce n'est point de la salive buccale, comme son apparence semblait l'indiquer. Ce produit n'est d'ailleurs émis que par expectoration. L'auscultation ne révèle qu'un peu de sibilance bronchique assez disséminée dans les poumons, sans aucun signe de lésion. C'est le *catarrhe pituiteux* des anciens, ou la phlegmorrhagie de Laënnec.

On administre le baume de copahu en capsules, à la dose de 4 grammes par jour. Dès le troisième jour, le liquide diminue de quantité, sans changer de qualité. Au bout de dix jours de traitement l'expectoration pituiteuse était réduite à quelques cuillerées, et toujours semblable à la sécrétion primitive. Le malade se sentait très-soulagé; la toux avait presque disparu, ainsi qu'un certain degré d'oppression habituelle.

Il est à remarquer, au point de vue de l'indication, que, dans ce cas, tout élément d'irritation manquait. (*Gaz. des Hôpitaux.*)

Guérison d'un cas d'épilepsie à la suite de cautérisations pharyngées. Nous avons déjà rapporté un certain nombre d'observations d'épilepsie où la guérison a été obtenue à l'aide de cautérisations diverses. Voici un nouveau fait de ce genre, rapporté par le docteur Fontaine. Il s'agit d'une petite fille de neuf ans, sujette depuis sa première enfance à des attaques d'épilepsie devenues très-fréquentes. Elle eut une scarlatine et une angine couenneuse pour laquelle des cautérisations pharyngiennes furent pratiquées avec l'acide chlorhydrique. Or, depuis cinq mois, il n'y a plus eu d'attaques d'épilepsie.

M. Fontaine attribue avec raison la guérison à la cautérisation du pharynx. Ces cautérisations, pratiquées sur un point intermédiaire entre le centre nerveux et le point de départ de l'*aura* qui était le cœur chez la malade, auraient exercé une certaine action sur les nerfs chargés de trans-

mettre l'impression morbide, et par suite suspendu les attaques. M. Fontaine cite à l'appui de cette explication les préceptes de Willis, Tissot, Portal, Petit, Pouteau, Desault, Larrey, Boyer, etc., qui conseillent, les uns la section des nerfs, les autres des escharotiques et des stimulants. Portal cite un cas de guérison dû à une brûlure accidentelle sur le trajet du nerf d'où partait l'*aura*. C'est en vertu des mêmes idées que M. Fontaine comprend les succès que Marshall Hall a pu obtenir par la trachéotomie. (*Bulletin de la Société médicale de l'Aube*.)

Du traitement de la grenouillette par le galvano-caustique. Le docteur Angelo Scarenzeo a obtenu, par ce moyen, un succès et un insuccès dans deux cas : la première observation a trait à une femme de soixante ans, affectée depuis trois ans d'une grenouillette du volume d'une noix. Le chirurgien fixa une aiguille d'acier, mise en communication avec le pôle négatif de deux éléments d'une pile de Bunsen, appliquant l'autre pôle à la face externe de la mâchoire supérieure. Le courant électrique dura un quart d'heure, et il se produisit une escarre de la largeur d'un centimètre. Le liquide de la grenouillette s'échappa par le trou laissé par l'aiguille. L'opération fut suivie d'une forte réaction locale avec fièvre : la guérison s'était maintenue au bout d'une année. Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de quarante ans, chez laquelle la tumeur, du volume d'une grosse noix, avait été ouverte plusieurs fois, puis cautérisée avec la pierre infernale, mais inutilement. Le courant dura douze minutes, et produisit une vive douleur et la formation d'une escarre du diamètre de 3 centimètres. L'opération ne fut suivie d'aucune réaction ; l'escarre se détacha après six jours, la plaie se cicatrisa peu de temps après, laissant un petit pertuis. Deux mois et demi après la sortie de la malade de l'hôpital, l'ouverture se ferma, et la grenouillette se reproduisit. (*Gazetta degli ospedali.*)

VARIÉTÉS.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire,

L'épidémie cholérique qui a si cruellement sévi en Orient et dans le midi de l'Europe a été l'occasion d'actes de dévouement multipliés et éclatants. Partout où le fléau s'est manifesté, des efforts de zèle et de courage ont été déployés pour le combattre. Médecins et élèves en médecine, sœurs de charité et infirmiers, consuls et agents consulaires, magistrats et citoyens de tout ordre, ont activement concouru à cette œuvre d'humanité. Nous pouvons constater avec un légitime orgueil qu'à l'étranger, la France, dignement représentée, n'a point failli à sa noble mission. Non-seulement ceux de nos nationaux que leurs fonctions plaçaient au lieu même du danger sont restés à leur poste, mais d'autres, en grand nombre, sont allés spontanément offrir leurs services aux populations décimées par le choléra, et les ont assistées pendant toute la durée de la maladie. Quelques-uns ont payé de la vie leur dévouement, et l'hommage qui leur est aujourd'hui rendu ne s'adresse malheureusement qu'à leur mémoire.

Votre Majesté a voulu ne pas laisser sans récompense des actes qui ont honoré à ce point le nom français, et déjà, d'après ses ordres, chacun de ses ministres lui a soumis, dans l'état des faits connus et vérifiés, pour les fonctionnaires ou autres personnes relevant de chacun d'eux, des propositions pour des promotions dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur. Il a paru d'ailleurs

à Votre Majesté qu'il conviendrait de rappeler, en les résumant dans un rapport d'ensemble, les titres qui ont motivé ces diverses propositions, et c'est ce rapport que je viens présenter à Votre Majesté, en laissant de côté ce qui concerne le personnel dépendant du ministère de la guerre et du ministère de la marine pour lequel des mesures spéciales ont été prises par les ministres de ces deux départements.

C'est en Egypte d'abord, après la dispersion des pèlerins de la Mecque, que l'épidémie fait sa première apparition : elle envahit Alexandrie, puis le Caire, puis d'autres villes de l'Egypte, et successivement la Syrie et tous les pays voisins de la mer Rouge; à Alexandrie, au Caire, à Smyrne, à Beyrouth, dans toutes les localités enfin où le choléra sévit avec intensité, nos consuls et nos agents consulaires ont su prendre la plus énergique et la plus honorable initiative, et donné des preuves d'un dévouement qui ne s'est pas un seul instant démenti. A Alexandrie, nous devons citer en première ligne M. Outrey, consul général, et parmi les agents sous ses ordres, MM. Tricou, élève-consul, et Dobignie, chancelier du consulat, qui se sont multipliés pour organiser des secours sur tous les points; au Caire, M. Roustan, gérant du consulat de France, qui a su faire face à tous les besoins, malgré les faibles ressources dont il disposait; à Beyrouth, MM. Bernard des Essarts, notre consul général, et Sauvaire, drogman chancelier; à Tripoli de Syrie, M. Blanche, agent vice-consul de France; à Smyrne, M. le comte Bentivoglio, notre consul général, et M. Guérin, drogman chancelier du consulat, dont la conduite pendant toute la durée de l'épidémie a été signalée à la reconnaissance publique; enfin à Larnaca, île de Chypre, M. le comte de Maricourt paye de sa vie sa coopération directe à tous les actes ayant pour but de sauvegarder la santé publique ou de venir au secours de malheurs privés.

Cette mort si regrettable n'a pas permis au gouvernement d'accorder à M. le comte de Maricourt la récompense qu'il avait si bien méritée. Mais, heureusement, il n'en a pas été de même pour ses collègues, et Votre Majesté a daigné, sur la proposition de M. le ministre des affaires étrangères, conférer la croix d'officier à MM. Outrey et le comte de Bentivoglio, et la croix de chevalier à MM. Tricou, Dobignie, Roustan, Sauvaire, Blanche et Guérin. La croix de commandeur a été conférée à Son Exc. Mehemed-Rachid-Pacha, muchir et gouverneur général de Smyrne, qui a largement payé de sa personne pendant l'épidémie.

Ce n'est pas seulement en Orient que les agents consulaires français se sont distingués : à Malte, en Italie, en Espagne, on les trouve à leur poste et donnant à tous l'exemple du courage. Il convient de citer à Ancône M. le comte de Castellane, consul de France, qui a installé dans sa propre maison l'ambulance des cholériques, méritant ainsi que la municipalité lui décernât les honneurs du patriciat. A Carthagène, M. le consul de France Partiot s'est dévoué avec une rare énergie pour venir en aide à tous les malades sans distinction de nationalité. Votre Majesté a daigné, sur la proposition de M. le ministre des affaires étrangères, accorder la croix d'officier au premier et la croix de chevalier au second.

A côté de nos agents consulaires, plusieurs médecins ont aussi noblement payé de leur personne. A leur tête se placent :

Le docteur Japhet, médecin principal de la marine et médecin sanitaire à Smyrne, qui a fait preuve d'un zèle infatigable, soit en assistant les malades, soit en organisant les secours dont ils pouvaient avoir besoin;

Le docteur Horteloup, membre de la mission médicale envoyée de France en Égypte par les soins de mon département, chargé spécialement à Beyrouth du service de l'hôpital et de l'orphelinat, y a rendu les services les plus signalés ; dirigé ensuite sur Saïda, où l'épidémie a fait les plus cruels ravages, son énergie et son dévouement ont puissamment contribué à relever le moral de la population de cette ville ; enfin, il ne s'est pas moins distingué à Damas, où il s'était empressé d'accourir, mandé par l'un de ses collègues tombé malade ;

Le docteur Verguin, médecin embarqué à bord du paquebot des Messageries impériales *l'Erymanthe*, s'est empressé, avec d'autres de ses confrères, de débarquer, au premier appel du consul de France à Suez, pour soigner les malades, et s'y est fait remarquer par un dévouement exceptionnel ;

Le docteur Arnoux-Bey, intendant sanitaire au Caire et chargé par intérim des fonctions de médecin sanitaire, étant en congé pour cause de maladie, s'est hâté de revenir au Caire, où sévissait l'épidémie, et a fait preuve du plus grand zèle.

Votre Majesté a daigné conférer, sur ma proposition, la croix d'officier de la Légion d'honneur à M. Japhet, et la croix de chevalier à MM. Horteloup et Verguin, et, sur la proposition de Son Exc. M. le ministre des affaires étrangères, la croix de chevalier à M. Arnoux-Bey.

Ces distinctions, si noblement acquises, en même temps qu'elles récompensent d'éminents services, sont un puissant motif d'émulation pour ceux qui se trouveraient, à l'avenir, en présence de semblables calamités ; ils sauront que la France et l'Empereur ont toujours les yeux ouverts sur ceux qui, même à l'étranger, les servent en servant l'humanité.

Qu'il me soit permis enfin, Sire, avant de quitter les faits qui se sont accomplis à l'extérieur, de rendre un public hommage au dévouement hors ligne des membres des différentes communautés religieuses, Français pour la plupart, et surtout à nos sœurs de charité de Saint-Vincent de Paul ; sur la proposition de M. le ministre des affaires étrangères, Votre Majesté a daigné nommer chevaliers de la Légion d'honneur le R. P. Lion, vice-président de la mission des RR. PP. dominicains à Mossoul, qui a prêté le concours le plus efficace au consul de France, et M. l'abbé Cirilli, vicaire délégué apostolique du patriarche de Jérusalem à Larnaca, qui a assisté M. le comte de Maricourt jusqu'à ses derniers moments. Quant à nos sœurs de charité, nous n'avons pas à demander la décoration pour elles, toutes l'auraient méritée; qu'il me suffise de répéter ici ce que m'écrivait récemment M. le ministre des affaires étrangères : « Appelées en Italie, dans toutes les localités où le choléra s'est déclaré, et notamment à Ancône, partout les sœurs de charité se sont fait bénir par les populations ; là, comme en Orient, on a eu à déplorer la mort de plusieurs de ces saintes femmes, tombées victimes d'un zèle qui brave les fatigues et les dangers, et qu'égale seule leur modestie. »

Je propose d'ailleurs à Votre Majesté de décerner pour les actes de dévouement accomplis à l'étranger un certain nombre de médailles qui sont indiquées au tableau joint au présent rapport, savoir : 20 médailles d'or, 58 médailles d'argent et 1 médaille de bronze. Des lettres de félicitations ont été adressées par M. le ministre des affaires étrangères à MM. le ministre de la police à Constantinople ; le consul d'Angleterre dans cette ville; Vulerga, patriarche de Jérusalem ; Bernard des Essarts, consul général de France à Beyrouth ; Bertrand, consul à Alep ; Emmerat, consul de France à Suez, et Selama-Bey, directeur des ponts et canaux du gouvernement égyptien ; Dutholt, architecte

en mission dans l'île de Chypre; Yassim-agha, chef de la police, et Ethem-effendi, écrivain à Smyrne; de Vallat, consul général de France à Barcelone; Denoix, consul de France à Palma, et Castor llanez de Aldecoa, gouverneur civil de Valence.

A l'intérieur, trois départements ont été plus gravement éprouvés par l'épidémie : le Var, les Bouches-du-Rhône et la Seine. Dans le premier, trois villes ont été atteintes d'une manière notable, Toulon, La Seyne, Solliès-Pont; dans le second, deux villes, Marseille et Arles; dans le troisième enfin, la ville de Paris.

A Toulon, à La Seyne et à Solliès-Pont, des actes nombreux de courage ont été accomplis dans tous les rangs, dans toutes les situations. Le mal avait pris des proportions considérables, les dévouements ont été au niveau du mal, et il n'y a eu pour le gouvernement qu'une difficulté, celle de choisir, entre tous, ceux auxquels devaient être accordées des récompenses exceptionnelles.

Cependant, après mûr examen des désignations faites par l'autorité locale, et des motifs qui les avaient inspirées, nous avons pu, mes collègues et moi, appeler l'attention particulière de Votre Majesté sur les dévouements qui s'étaient manifestés avec le plus d'éclat, et que je vais retracer ici en peu de mots :

A Marseille, les membres de la commission hospitalière, de la commission de bienfaisance et du corps médical ont eu particulièrement une attitude digne des plus grands éloges. On doit citer MM. Seren et Jules Grandval, qui ont assidûment visité les malades dans les hospices ou dans les quartiers infectés par l'épidémie; MM. Seux et Rivière de La Souchère, médecins des hôpitaux, ainsi que M. Dauvergne, chef interne à l'Hôtel-Dieu, qui ont fait preuve du plus grand zèle. Votre Majesté a récompensé leurs services par la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Roberty, médecin en chef des épidémies dans le département des Bouches-du-Rhône, et M. Audemar, maire de Toulon, auraient été sans doute, et en première ligne, l'objet de distinctions analogues. Les récentes promotions de M. Roberty au grade d'officier et de M. Audemar au grade de chevalier de la Légion d'honneur n'ont laissé d'autre moyen de récompenser leur zèle et leurs services que de les constater une fois de plus. Ils sont proposés pour des médailles d'or dans le tableau que je soumets à l'approbation de Votre Majesté.

A Toulon, M. l'abbé Liautard, curé doyen archiprêtre, a secondé l'administration avec autant de calme que de résolution; M. Martini, suppléant du juge de paix, malgré ses quatre-vingt-huit ans, a montré un courage et un sangfroid admirables et s'est multiplié pour assurer à lui seul le service de la justice. M. Billon, juge d'instruction, déjà signalé par son dévouement lors des épidémies de 1855 à 1860, est revenu à son poste, quoique malade, a fait partie des commissions d'ambulance et a passé des nuits entières dans les bureaux de secours. Le sous-préfet, M. Coupier, a donné à tous les plus nobles exemples. M. le docteur Calvy, premier médecin en chef de l'hôpital civil, a fait preuve d'un zèle et d'une abnégation remarquables. MM. Fournier et Ausaldy, adjoints au maire, et Dollieule, conseiller municipal, se sont distingués entre ous par leur activité et leur dévouement. M. Guillemot, commissaire central de police, sans négliger son service habituel, a visité fréquemment les malades, leur a fait donner les premiers secours et a assuré, avec une prudente énergie, l'inhumation des cadavres. Je ne dois pas omettre de mentionner les élèves de

la Faculté de médecine de Montpellier, qui, répondant à l'appel du maire de Toulon, ont servi d'infirmiers dans les hôpitaux et les ambulances, et ont excité l'admiration et mérité la gratitude de la population. Parmi ces élèves s'est particulièrement distingué M. Gayal.

Votre Majesté a daigné reconnaître ces services en accordant la croix de commandeur à M. Martini, la croix d'officier à MM. Coupier et Calvy, et celle de chevalier à MM. Liautard, Billon, Fournier, Ausaldy, Dollieule, Guillemot et Gayal.

A La Seyne, M. Durand, adjoint au maire, s'est dévoué au point de porter lui-même les malades à l'ambulance et les cadavres au cimetière; il a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

A Solliès-Pont, M. Pellen, juge de paix, âgé de soixante-huit ans, a puissamment contribué, en payant bravement de sa personne, à maintenir le moral de la population; il a été dignement secondé par M. le docteur Géry, ancien chirurgien de la marine, dont la conduite, pendant l'épidémie, a mérité les plus grands éloges. MM. Pellen et Géry ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Dans le département de l'Hérault, M. Rieunier, maire de Cette, a visité chaque jour l'hôpital et comblé les malades indigents de secours dispensés d'une main libérale. Il a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Dans le département de la Seine, le personnel médical de nos hôpitaux s'est montré à la hauteur de sa mission. Parmi les nombreux médecins qui ont été signalés, il faut citer MM. Horteloup, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu; Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon; Duplay, de l'hôpital de Lariboisière; Boucher de la Ville-Jossy, de l'hôpital Saint-Antoine, qui ont soigné les cholériques des hôpitaux avec le plus grand zèle; M. Arnaud, médecin du Bureau de bienfaisance du 17e arrondissement, qui, chargé du service médical dans le quartier des Epinettes, où le fléau a sévi avec tant de violence, a, nuit et jour, payé de sa personne; M. Imard, directeur de l'Hôtel-Dieu, qui a organisé avec une grande intelligence un hôpital provisoire pour les cholériques convalescents, et enfin MM. Legros et Lelion, internes, le premier à l'Hôtel-Dieu, et le second à l'hôpital Beaujon, qui se sont fait particulièrement remarquer par leur dévouement. La croix d'officier de la Légion d'honneur a été accordée au premier, et la croix de chevalier aux sept derniers.

Je propose d'ailleurs à Votre Majesté d'accorder à l'intérieur 307 médailles, savoir : 18 médailles d'or, 178 médailles d'argent, 112 médailles de bronze.

Les noms des personnes auxquelles elles seraient décernées sont indiqués avec l'analyse sommaire des actes qui y ont donné lieu, dans le tableau annexé au présent rapport.

J'ai terminé, Sire, l'exposé succinct des actes de dévouement accomplis jusqu'à ce jour, soit à l'étranger, soit en France, à l'occasion de l'épidémie cholérique, et des récompenses que ces actes ont méritées. Bien d'autres dévouements sans doute sont restés inconnus ou n'ont pu être compris parmi ceux qui ont été signalés à l'administration supérieure; mais en France, disons-le à l'honneur de notre pays, dans toutes les grandes calamités publiques, l'esprit de dévouement et de charité pour tous ceux qui souffrent se produit avec une spontanéité et une abnégation qui sont bien moins inspirées par la pensée d'une récompense à obtenir que par le sentiment du bien que l'on peut faire. Il n'en est pas moins du devoir du gouvernement de rechercher, autant qu'il est en lui, tous les dé-

vouements qui s'ignorent eux-mêmes, et de les signaler à la reconnaissance publique.

Dans le travail que j'ai l'honneur de soumettre à Votre Majesté, ne sont pas compris plusieurs départements où l'épidémie a sévi, au moins dans quelques localités. Les récompenses à donner dans ces départements seront l'objet d'un travail supplémentaire, lorsque j'aurai reçu les documents qui me sont nécessaires pour le préparer.

Je suis avec le plus profond respect, Sire, de Votre Majesté,

Le très-humble et très-obéissant serviteur et fidèle sujet,

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics,

Armand Béhic.

Approuvé : NAPOLÉON.

Liste des médailles décernées aux médecins à l'occasion de l'épidémie cholérique de 1865-1866.

MÉDAILLES D'OR.

MM. Gaillardot, médecin sanitaire à Alexandrie (Egypte); Abelès, médecin en chef de l'hôpital européen du Caire ; Suquet, médecin sanitaire à Beyrouth ; Revillout, Davesne, Micheli, envoyés en mission en Egypte ; Leganez, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis des Français à Madrid ; Roberty, médecin en chef des épidémies à Marseille ; Massol, élève de la Faculté de médecine de Montpellier, envoyé à Toulon et la Grand'Combe ; Carrière, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Dié (Raon-l'Etape) ; Blondel, inspecteur principal de l'Assistance publique à Paris.

MÉDAILLES D'ARGENT.

MM. Ardouin, Dumesthé, Cugini, Massa, Olszewki-Londynski, médecins à Alexandrie ; Tchayau et Journès, au Caire ; Carré et Blanc, à Suez ; Cozzonis, à Suez ; Cossini et Pestalozza, à Beyrouth ; Barozzi, à Constantinople ; Masgana, à Smyrne ; Duvivier, à Alexandrie ; Ribel, à Barcelone ; d'Astros, à Marseille ; Ode, Lafitte, Fontan, à Arles ; Vallat, de La Chataigneraie, Walering, Benoit, Olier, Dutrémis, élèves de la Faculté de médecine de Montpellier, en mission à Arles ; Romel, Bourgarel, Cornibert, Michel, Le Vicaire, Bouchos, à Toulon ; Prat, à La Seyne ; Pellegrin, Lantoin, Terrin, Auban, à Solliès-Pont ; Jauslon, Ferran, Louisel de Saulnays, Hippolyte, Lannelongue, Ansard, Azémar, Girard, Miran, Fale, Masse, Farjon, Cambon, Burlet (Ph.), Espagne, Vergnau, Rey-Escadier, élèves de la Faculté de médecine de Montpellier, en mission à Toulon ; Renard, aide-major de 1re classe, et Viglé, médecin-major de 1re classe, à Toulon et Marseille ; Dieudonné, inspecteur de l'Assistance publique à Paris ; Vigla, Barth, Bucquoy, médecins à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Hérard, Pidoux, Fournier, Moissenet, Oulmont, médecins de Lariboisière ; Sée, médecin de Beaujon ; Mesnet, médecin de Saint-Antoine ; Bernutz, Matice, médecins de la Pitié ; Pelletan de Kinkelin, Parrot, médecins de la Charité ; Bouley, Lasègue, médecins de Necker ; Bazin, Hardy, médecins de Saint-Louis ; Woillez, médecin de Cochin ; Borgeron, médecin de Sainte-Eugénie ; Chauffard, médecin des Enfants malades ; Cazalis, Bourdon, médecins de la Maison de santé ; Charcot, médecin de la Salpêtrière ; Gombault, médecin à la Maison

de convalescence pour les cholériques; Regnauld, pharmacien en chef des hôpitaux et hospices de Paris; Tessier, Fabre, Fodéré, Mêne, Gilbert, Vignal, Gocherand, Mallet, Pellarin, Pinel, Piedfer, Baldy, Plomb, Delit, Leconte, Regnault, Mouseourt, Ballet, Royer, Courtois, médecins des Bureaux de bienfaisance; Messier, Ossian (Henry), Demeaux, Guède, médecins à Paris; Sadoul, à Raon-l'Etape; Perussault, à Henrichemont; Barth, à Han-sous-Warsberg; Désormeaux, à Saint-Leu-d'Esserent.

MÉDAILLES DE BRONZE.

Truel, à Valence (Espagne); Fontan, interne à l'hôpital d'Arlos; Martin, Gruzu, Daniel, Isnard et Long, Valter, élèves à Toulon; Arbau, Gazan, Rayolle, Villard, Barallier, Turrel, Tourrette, Layet, Cresp, Gaillac, médecins ou pharmaciens à Toulon; Daniel, à La Seyne; Choyau, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris; Mandon, Barré, Julliard, Terrier, Langronne, Fontan, internes à Lariboisière; Lafont, Mossel, Stoufflet, externes audit hôpital; Rondeau, Anger, Spiess, internes à Beaujon; Bloch, Leteinturier, externes audit hôpital; Decori, Franco, internes à Saint-Antoine; Belloc, Chauvet, externes audit hôpital; Carrière, interne à la Pitié; Bouchart, externe à la Charité; Cocteau, Chedeville, internes à Necker; Batton, Moutier, internes à Saint-Louis; Vigier, interne à Cochin; Fernet, Bonchard, internes à Sainte-Eugénie; Bessay, Destephon, externes aux Enfants malades; Dodeuil, interne à la Maison de santé; Berthet, Le Roy des Barres, à Paris; Vaulot, à Saint-Dié (Vosges).

Un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année classique 1865-1866, est accordé, pour raison de santé, à M. Jobert de Lamballe, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

M. Dolbeau, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, jusqu'à la fin de l'année classique 1865-1866, de la suppléance du cours de clinique externe à ladite Faculté, en remplacement de M. Jobert de Lamballe.

M. Cruveilhier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1865-1866, par M. Laboulbène, agrégé près ladite Faculté.

M. Flourens, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collége impérial de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le second semestre de l'année scolaire 1865-1866, par M. le docteur Moreau, grand prix de physiologie expérimentale à l'Académie des sciences.

M. Tarnier, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de faire, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1865-1866, le cours des élèves sages-femmes à la clinique de ladite Faculté.

M. Lecanu, professeur de pharmacie à l'Ecole supérieure de pharmacie de

Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1866, par M. Baudrimont, agrégé près ladite Faculté.

Par arrêté ministériel, M. le docteur Logerais, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé médecin inspecteur des eaux de Pougues, en remplacement de M. Roubaud, nommé directeur de ladite station.

M. Mathieu, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, vient d'être nommé chevalier de l'ordre royal de Léopold de Belgique.

La maison Charrière, qui avait dû être mise en vente à la suite des si regrettables décès que nous avons annoncés, vient d'être adjugée à MM. Robert et Collin.

Par décision en date du 5 mars, le ministre de l'instruction publique a arrêté ainsi qu'il suit la liste des récompenses à décerner, le 7 avril 1866, aux sociétés savantes des départements dont les travaux scientifiques, exécutés en 1864, ont paru les plus intéressants :

1° Médailles d'or. — MM. Bourget, membre de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Clermont-Ferrand, pour son travail sur le mouvement vibratoire des membranes circulaires; — J.-E. Planchon, de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, pour ses travaux de botanique; — Fabre, professeur au lycée d'Avignon, pour ses recherches sur l'anatomie, la physiologie et les mœurs des insectes.

2° Médailles d'argent. — MM. De Mardigny, de l'Académie impériale de Metz, et Poincarré, ingénieur des ponts et chaussées à Bar-le-Duc (Meuse) : système d'avertissements météorologiques pour le bassin de la Meuse, établi en 1865; — le docteur Mourier : observations météorologiques faites au Japon; — De Lapparent, de la Société du Berry : travaux relatifs à l'emploi des bois pour la marine, les chemins de fer, etc.; — Marès, de la Société centrale d'agriculture de l'Hérault, pour travaux relatifs au soufrage de la vigne dans le département de l'Hérault; — Eugène-Eudes Deslongchamps, de la Société Linnéenne de Normandie, à Caen : travaux de géologie et de paléontologie; — Dieulafait, de la Société des sciences, belles-lettres et arts du Var : géologie du département du Var; — Grenier, de la Société d'émulation du Doubs, à Besançon : travaux relatifs à la flore de la France; — Rey, de la Société Linnéenne de Lyon : travaux relatifs à la faune entomologique de la France; — Baillet, de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse : recherches sur la transformation et les migrations des vers intestinaux des animaux domestiques.

Par décret en date du 21 mars 1866, le docteur Constans, inspecteur général des asiles d'aliénés, a été nommé membre du comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux, en remplacement de M. le docteur Parchappe, décédé.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du rhumatisme noueux et de son traitement par les eaux alcalino-ferrugineuses et arsenicales de Lamalou-l'Ancien.

Par le docteur PRIVAT.

Il n'est point de praticien qui n'ait eu l'occasion d'observer quelquefois le rhumatisme noueux.

Cette affection, indiquée par Musgrave (1) sous la dénomination de *goutte asthénique primitive,* qui lui fut conservée par Haygarth (2) un siècle plus tard, avait été signalée par Sydenham (3) comme une espèce de *rhumatisme chronique apyrétique*, différant essentiellement de la goutte, et caractérisée, tant par les douleurs, par la gêne ou la privation des mouvements, que par les *nodosités* et les déformations articulaires, avec persistance de l'intégrité des fonctions. Cullen (1785), Rodamel (1808), Landré-Beauvais (1810), Adams (1839), ont aussi parlé de cette variété de rhumatisme, qui a été mieux décrite dans ces derniers temps sous les divers noms de *rhumatisme goutteux* (4), d'*arthrite rhumatoïde* (5), d'*arthrite déformante ou noueuse* (6), et bien étudiée de nos jours sous la dénomination de *rhumatisme noueux*, par MM. Lasègue, Charcot et Plaisance, et surtout par MM. Guéneau de Mussy (7) et le professeur Trousseau (8), qui n'est ni le dernier, ni le moins expert quand il s'agit de voir ce qui est utile à la science et à l'art médical.

Appelé à observer annuellement, depuis une vingtaine d'années, plusieurs centaines de rhumatisants qui se rendent à Lamalou, nous avions été frappé en voyant le nombre considérable des sujets atteints de cette espèce de rhumatisme, ce qui nous portait à dire, il y a déjà huit ans (9) : « C'est parce que nous avons vu un certain nombre de cas de rhumatisme *goutteux, noueux*, à forme généra-

(1) Voir ses *Dissertations*, 1703.
(2) *Medical Transactions*, 1795, t. IV, p. 294.
(3) Ouvr. trad. par Jouts, 1816, t. Ier, p. 422.
(4) Thèse inaugurale. Paris, 1855.
(5) Garrod, *Nature and treatem. of gout and rheumatic gout*, 2e édit., 1863.
(6) M. Beau, *Gaz. des hôpit.*, 1864, no 84.
(7) *Bull. gén. de Thérap.*, 1864, septembre.
(8) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 2e édit., t. III, p. 561 et suiv.
(9) *Notice sur Lamalou*. Paris, 1858, p. 100.

lement chronique, et ne présentant *jamais* les symptômes de vrais accès de goutte; c'est aussi parce que nous n'avons rien trouvé dans les auteurs (classiques) au sujet de cette affection qui est, en outre, remarquable par sa ténacité, que nous avons voulu en citer quelques cas, dont nous laissons d'ailleurs l'explication à la sagacité de nos confrères. »

La saison de 1863 ayant amené à nos thermes une soixantaine de personnes atteintes de cette affection morbide, le plus grand nombre de ces observations fut consigné dans notre rapport officiel de cette même année, et il nous a semblé opportun d'indiquer le résultat sommaire de notre expérience à ce sujet.

Voici ce qui a été observé et noté, d'après le relevé des observations prises durant les cinq dernières années.

Sur 205 sujets atteints de rhumatisme noueux, on trouve, pour le *sexe*, 4 hommes sur 201 femmes. Quant *à l'âge*, 5 sujets avaient de 15 à 20 ans; 65 de 20 à 30; 69 de 30 à 40; 48 de 40 à 50; 15 de 50 à 60; 3 avaient dépassé 60 ans.

L'*hérédité* a été notée dans 95 cas; savoir : 55 fois dans la ligne paternelle, et 40 fois dans la ligne maternelle. — Pour ce qui concerne les *professions* ou le genre de vie, on a trouvé sur les quatre hommes, 1 meunier, 1 boulanger et 2 agriculteurs; tandis que sur les 201 femmes, 8 appartenaient à la classe élevée de la société, les 193 autres, habitant généralement la campagne, étaient ménagères, ou marchandes, ou cuisinières, ou repasseuses. N'oublions pas d'ajouter que, sur ce nombre de 205 sujets, 32 cas de complications d'*affections cardiaques* ont été constatés par nous.

Enfin, comme causes occasionnelles, on a noté :

A. Refroidissement, habitation humide. . . . :	108 fois.
B. Grossesse, accouchement et suites, allaitement.	89 —
C. Ménopause.	20 —

Laissant aux maîtres de la science le soin d'élucider la question de la *nature* de cette affection morbide, bornons-nous à dire que l'éminent professeur [1] qui, après avoir pris pour titre de sa LXXXI[e] leçon : *Du rhumatisme noueux, dit à tort rhumatisme goutteux*, avoue, dans le cours de cette même conférence [2], « qu'après avoir longtemps professé que le rhumatisme noueux n'était ni la goutte, ni le rhumatisme, » il serait plutôt disposé

---

[1] M Trousseau, ouvr. cité, t. III, p. 561.
[2] *Loc. cit.*, p. 575.

aujourd'hui à rattacher cette affection à la diathèse rhumatismale.

Comme tout le monde connaît la symptomatologie, les formes et le pronostic du rhumatisme noueux ; comme l'étude des lésions anatomiques trouverait d'ailleurs sa place dans un traité *ex professo* plutôt que dans ce simple *essai*, nous commencerons par exposer quelques faits qui, après avoir confirmé ce que l'on sait déjà sur le diagnostic et sur diverses complications de cette maladie, pourront peut-être jeter aussi quelque jour sur l'étiologie et sur le traitement du rhumatisme noueux.

Cet exposé sera suivi de quelques réflexions pratiques sous forme de conclusions à ce modeste travail.

Obs. I. *Rhumatisme noueux, héréditaire, survenu à la suite d'un refroidissement, avec complication d'entéralgie et d'affection cardiaque. Amélioration très-sensible.* — Une religieuse, âgée de quarante ans, douée d'un tempérament nerveux et lymphatique et d'une assez bonne constitution, mais issue d'une mère atteinte de rhumatisme noueux, est adressée à Lamalou-l'Ancien, au mois de juillet 1861.

Elle raconte qu'obligée de conduire aux bains de mer et d'accompagner dans l'eau un certain nombre de jeunes orphelines (il y a quinze ans), elle fut prise, à son retour, de douleurs erratiques, atteignant les diverses articulations des membres, ainsi que celles des régions vertébrale et temporo-maxillaire. Ces douleurs ne tardent point à devenir plus aiguës, s'accompagnant de sueurs excessives et alternant avec des crises d'une entéralgie grave. Cet état persiste, avec des variations, pendant les douze années suivantes, s'exaspérant constamment sous l'influence des *variations atmosphériques;* mais à cette date une crise d'entéralgie aiguë est suivie d'une manifestation de douleurs subaiguës, atteignant surtout les pieds et les mains, avec gonflement articulaire et déformation graduelle des poignets et des doigts, impossibilité de marcher, de s'habiller, d'écrire, et parfois de porter les aliments à la bouche; enfin des troubles du côté du centre circulatoire, lesquels nous permettent de constater encore des traces non douteuses d'une lésion valvulaire.

Notons que, pendant les trois dernières années, il n'y a plus eu chez la malade ni fièvre ni un seul symptôme d'entéralgie, toutes les fonctions s'exécutant normalement. Ajoutons enfin que les divers traitements dirigés contre cette affection morbide n'avaient produit aucun résultat avantageux.

A la suite de cette première cure hydrothermale, l'état subit une

amélioration qui persiste depuis; les douleurs ont à peu près cédé, sauf quelques légères réminiscences, sous *l'influence des variations atmosphériques*. La malade marche, et elle se sert de ses mains, dont les doigts restent un peu déformés. Nouvelles cures en 1862 et en 1864. Persistance de l'amélioration.

Obs. II. *Habitation humide ; développement du rhumatisme noueux à la suite de la grippe ; coïncidence de la ménopause ; nodosités et déformations articulaires, avec ankyloses presque complètes ; troubles cardiaques. Amélioration passagère.* — Mme X***, marchande quincaillière, habite un pays froid et un magasin humide; elle est âgée de cinquante-cinq ans, d'un tempérament nerveux et très-impressionnable. Rien du côté de l'hérédité; point de maladie antérieure.

Atteinte, au mois de janvier 1858, d'une grippe endémique à la suite de laquelle se manifestèrent peu à peu les symptômes du rhumatisme noueux. Au bout de quelques semaines, les genoux, le pied droit et la main gauche étaient surtout pris, et la malade était envoyée à Lamalou, dès le mois de juillet suivant. Les douleurs et le gonflement articulaire ayant cédé à la suite de cette première saison, la malade revint l'année suivante, *par précaution*, disait-elle ; car il n'y aurait plus eu chez elle que quelques légères réminiscences du mal, sous *l'influence des variations atmosphériques*. Sur ces entrefaites, survient la ménopause. Toutefois, malgré la disparition des douleurs, les mains tendaient à se déformer, bien que d'une manière à peine sensible.

Mais, au bout de deux ans, une crise subaiguë se manifeste sans cause appréciable, clouant la malade dans son lit, ou sur un fauteuil, durant quinze mois consécutifs. Les deux genoux sont le siége d'un *gonflement* considérable et demeurent presque ankylosés; les mains sont déformées; les doigts, offrant plusieurs nodosités, ressemblent à des siliques de radis ; bruit de souffle dur et râpeux à la pointe du cœur.

C'est dans cet état que Mme X*** arrive, non sans peine, à Lamalou, en juin 1863. Une amélioration assez sensible suivit cette cure, même durant l'hiver suivant, tant pour la diminution des douleurs que sous le rapport de la liberté des mouvements ; mais une série de rechutes, ou plutôt de recrudescences de la maladie, oblige la malade, dès le printemps suivant, à garder sa chambre, malgré l'intégrité des fonctions, l'absence de fièvre... Notons que rien n'a été négligé sous le rapport du traitement, ni les applications et les douches de sable chaud, ni les bains arseni-

caux, suivant la formule de M. Guéneau de Mussy, ni l'arsenic et l'iode à l'intérieur... Des relations suivies avec le médecin de Mme X*** nous ont permis d'être tenu au courant de l'état de cette dernière, que nous avons eu d'ailleurs l'occasion de revoir plusieurs fois chez elle, et qui ne peut plus se servir de ses mains ni remuer les jambes.

Obs. III. *Hérédité; habitation humide; première attaque ayant duré deux ans; rechute avec sueurs excessives; traces d'endo-péricardite; autres fonctions normales; même état.* — B***, exerçant le métier de meunier, dans la contrée la plus froide du département du *Tarn*, est issu d'une mère atteinte de rhumatisme noueux; il est âgé de cinquante-trois ans, d'un tempérament sanguin et lymphatique, habitant d'ailleurs son moulin et vivant dans une atmosphère humide.

Il est pris, depuis cinq ans, sans autre cause appréciable, de douleurs subaiguës qui, après avoir atteint les diverses articulations des membres, se fixèrent principalement sur les pieds et sur les mains. Cet état, à forme apyrétique et chronique, ne dura pas moins de deux ans, pendant lesquels le malade pouvait à peine faire quelques pas dans sa maison. L'état devint un peu plus supportable durant la troisième année; mais il survint alors une nouvelle crise subaiguë, s'accompagnant de sueurs excessives, et ayant obligé B*** à garder le lit pendant quatre mois, sans fièvre, mais avec des symptômes d'une endo-péricardite dont les traces ne sauraient être douteuses; il reste depuis de l'endolorissement avec sentiment de roideur dans la région spinale, mais surtout aux pieds, dont l'état rend encore la marche pénible, même avec le secours d'une canne, et aux mains qui restent engorgées avec déformation notable des doigts. Jamais de fièvre, et toutes les fonctions s'exécutent normalement. Émissions sanguines *largâ manu;* iodure de potassium, vésicatoires... Sans résultat sensible.

Venu à Lamalou en juillet 1864, B*** y a fait une saison qui fut bien supportée, mais il est parti avec la note : *même état;* nous n'avons plus eu aucune nouvelle sur son compte.

Obs. IV. *Hérédité. Rhumatisme noueux survenu durant une première grossesse et ayant reparu pendant le cours de deux grossesses subséquentes. Présomption d'amélioration.* — Une ménagère de l'Aveyron, âgée de trente-cinq ans, lymphatique, un peu nerveuse et d'une constitution délicate, mais issue d'un père rhumatisant, est adressée à nos thermes en juillet 1862. Elle rapporte qu'en 1857 elle fut atteinte, pendant la durée de sa première grossesse,

d'un rhumatisme noueux qui, après avoir duré dix-huit mois consécutifs, aurait cédé presque complétement à la suite d'une saison faite à nos thermes en 1859.

Mais une nouvelle grossesse, survenue durant les premiers mois de 1860, aurait amené une rechute, et une troisième grossesse, arrivée à la fin de 1861, aurait été l'occasion du développement d'une nouvelle crise subaiguë ; la seconde attaque aurait aussi duré dix-huit mois, tandis que la troisième persiste depuis huit mois révolus. Toutes les articulations des membres ont été prises, mais surtout celles des pieds et des mains, avec gonflement et déformation des poignets et des doigts; ajoutons aussi que la région vertébrale a été chaque fois le siége d'un endolorissement et d'une roideur gênant beaucoup les mouvements de cette région, endolorissement qui cède durant le repos, mais que réveille le mouvement.

Rien du côté du centre circulatoire; fonctions normales; jamais de fièvre.

La malade est partie sensiblement améliorée; pas de nouvelles sur son compte depuis son départ.

Obs. V. *Accouchement. Rhumatisme noueux consécutif. Généralisation des douleurs. Etat qui n'est nullement amélioré par deux couches subséquentes. Deux cures hydrothermales. Amélioration sensible.* — Une ménagère issue de parents sains, âgée de vingt-cinq ans, tempérament lymphatico-nerveux et douée d'une assez bonne constitution, est prise, il y a quatre ans, d'un rhumatisme noueux à la suite de sa première couche. Après avoir débuté par les mains et surtout par les doigts, les douleurs ne tardent point à atteindre les genoux et les pieds, et à se généraliser au point d'envahir les régions vertébrale et temporo-maxillaire; ni les douleurs subaiguës, ni le gonflement et la déformation des petites articulations et surtout des doigts, n'ont jamais fait perdre à la maladie sa forme apyrétique et chronique. Cet état n'a d'ailleurs subi aucune modification à la suite de deux couches subséquentes, et dont la dernière remonte déjà à sept mois.

Rien du côté du centre circulatoire; fonctions normales.

Après avoir fait une cure à nos thermes pendant la saison de 1861, la malade y revient, l'année suivante, dans un état d'amélioration qui s'est soutenu depuis, sauf quelques légères réminiscences.

Obs. VI. *Hérédité. Rhumatisme noueux consécutif à un accouchement datant de dix ans. Bronchite grave; lésion valvulaire; gonflement articulaire, nodosités, déformation des mains. Quatre*

cures. Amélioration sensible. — Trente-cinq ans, tempérament lymphatique et nerveux, vie sédentaire, mère sujette à des douleurs erratiques depuis longues années.

Mme X***, habitant une grande ville et une maison bien exposée, fut atteinte, il y a dix ans, à la suite d'un accouchement naturel, et sans autre cause appréciable, d'un rhumatisme noueux bien caractérisé qui l'obligea à garder pendant dix-huit mois le lit ou le canapé. Une cure faite à Lamalou, en 1857, aurait sensiblement amélioré durant l'hiver cet état qui se serait exaspéré, dès le printemps suivant, à l'occasion d'une nouvelle grossesse. A la suite des couches, survenues en janvier 1859, les douleurs devinrent plus aiguës, et une bronchite opiniâtre ne tarda point à aggraver l'état, qui était encore subaigu à la fin de mars, époque à laquelle Mme X*** retourna à nos eaux. Cette fois, l'amélioration fut assez prompte, sensible et durable; il ne resta qu'un peu de roideur articulaire et un léger gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes, avec un léger endolorissement qui se réveillait par les *variations atmosphériques*. Mais, en janvier 1864, nouvelle crise subaiguë, atteignant le genou droit, l'épaule et la main du côté gauche, plus, symptômes d'une affection cardiaque assez grave (lésion valvulaire). Nouvelle cure à nos thermes, en avril, suivie d'une amélioration analogue à la précédente. Enfin, Mme X*** revient encore en avril 1865; elle a passé un assez bon hiver et trouve que son état est relativement très-supportable. Il ne lui reste que quelques légères réminiscences d'endolorissement aux pieds et surtout aux mains, et quelques *troubles du côté du cœur*, se réveillant surtout sous *l'influence des variations atmosphériques*.

Nous avons appris, en janvier 1866, que l'amélioration s'était soutenue jusqu'ici à peu près dans le même état.

Il serait superflu de citer un plus grand nombre d'observations. Celles qui précèdent, jointes au résumé déjà indiqué, — résumé qui offre à peine le tiers du chiffre qui résulterait du dépouillement des faits notés avant l'année 1861, — nous semblent suffire pour prouver que le rhumatisme noueux doit être rattaché à la diathèse rhumatismale.

On ne saurait, en effet, placer sous la dépendance immédiate de la goutte cette affection morbide. De l'étude des causes de cette dernière, a dit M. Beau (1), ressortent nettement les différences qui séparent de la goutte cette maladie essentiellement rhumatismale, et que

(1) *Loc. cit.*

caractérisent (à son avis) 1° les douleurs articulaires, 2° la multiplicité des jointures simultanément affectées, et 3° l'influence pathogénique du séjour prolongé dans un lieu froid et humide. M. Trousseau n'est pas moins explicite sur ce point [1], ajoutant, non sans raison, « qu'il faut reconnaître aussi qu'une disposition spéciale, individuelle, est nécessaire pour que le froid humide détermine le rhumatisme noueux. »

Or il résulte de l'observation journalière que cette *disposition* semblerait être, le cas échéant, presque spéciale à la femme, c'est-à-dire aux tempéraments lymphatiques, à tissus lâches, à peau impressionnable. On sait que, d'après les relevés faits à la Salpêtrière par MM. Charcot et Vulpian, un quinzième ou un vingtième de la population de cet asile serait atteint de rhumatisme noueux, ce qui expliquerait peut-être jusqu'à un certain point le rôle que, jusqu'aux premières années de ce siècle, plusieurs médecins ont attribué à l'influence de la grossesse, des couches et surtout de l'allaitement sur la manifestation du rhumatisme chez la femme. On peut consulter à ce sujet l'article *Rhumatisme* (par le docteur Villeneuve), dans le *Dictionnaire des sciences médicales.* Aussi Morus a-t-il dit que, durant les couches et pendant l'allaitement, la femme est plus sensible aux différentes influences qui peuvent occasionner le développement de cette maladie; Rodamel, pense que les nouvelles accouchées contractent ce genre d'affection avec d'autant plus de facilité qu'elles y sont disposées par le grand relâchement dans lequel elles se trouvent, par la transpiration qu'entretiennent les boissons, la chaleur du lit...; enfin, Bosquillon, admettait l'existence d'une *diathèse inflammatoire* chez les nouvelles accouchées, et même chez les femmes qui nourrissent, diathèse qui, plutôt que le *lait répandu,* produirait la dixième espèce de rhumatisme symptomatique de cet auteur.

Ajoutons que, dans une discussion sur le *rhumatisme* à la Société d'hydrologie [2], M. Pidoux voulait que l'on plaçât, comme intermédiaire entre la goutte et le rhumatisme, la *goutte des femmes*, ou *goutte froide*, qui n'est autre chose que le rhumatisme noueux.

Ainsi, d'après l'expérience, le sexe féminin, l'âge adulte, l'influence du refroidissement, et surtout l'action prolongée du froid humide, l'état de grossesse, les suites de couches, l'allaitement, la ménopause et souvent l'hérédité, constituent le fond de l'étiologie

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *Ann. de la Soc. d'hydrol.*, t. VII, p. 187 et suiv.

du rhumatisme noueux, qui donne, en outre, une singulière disposition *barométrique*.

Quant aux symptômes de cette maladie, presque toujours apyrétique et chronique, chacun a pu les étudier en détail, soit chez les malades, soit dans les livres. Ce sont des douleurs plus ou moins générales, plus ou moins vives et quelquefois nulles, atteignant ordinairement les articulations et parfois les muscles, mais se localisant de préférence dans les petites articulations des pieds et surtout des mains, avec gonflement, nodosités et déformations plus ou moins bizarres, douleurs *mobiles*, comme celle de toute manifestation rhumatismale, finissant par amener des ankyloses plus ou moins complètes, la privation du mouvement et trop souvent l'impotence des malades, avec conservation de la sensibilité; marche lente, mais graduellement envahissante de la maladie, avec de nombreuses recrudescences ordinairement subaiguës, d'assez fréquents déplacements métastatiques et une ténacité décourageante. « Le génie de cette maladie, a dit fort judicieusement M. Guéneau de Mussy [1], est essentiellement chronique; la diathèse dont elle est l'expression offre une activité continue qui s'apaise incomplétement sans s'arrêter, s'affaiblit sans s'épuiser dans l'évolution des phénomènes morbides revêtant l'apparence de l'acuité, mais plutôt subaigus que franchement aigus. » Ajoutons, enfin, à cet exposé sommaire des principaux symptômes, l'intégrité à peu près complète des diverses fonctions de l'économie.

Pour ce qui concerne les complications, le relevé statistique de nos 205 observations donne 32 cas d'affections cardiaques diverses, (endo-péricardites et altérations valvulaires) ; mais nous avons constaté, en outre, chez plusieurs sujets, diverses autres *métastases*, c'est-à-dire certains déplacements de l'évolution pathologique, sur les centres cérébro-rachidiens, sur les organes respiratoires, digestifs, génito-urinaires et visuels.

M. le docteur Cornil [2], qui a publié un intéressant mémoire *sur les complications pathologiques du rhumatisme articulaire chronique*, formule les conclusions suivantes sur ce point : 1° maladies du cœur, spécialement la péricardite; 2° maladies des organes excréteurs de l'urine; 3° néphrite albumineuse chronique, dans quelques cas; 4° dyspepsie et autres troubles fonctionnels des voies digestives, surtout à une période avancée de la maladie;

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *Gaz. méd.*, 1864, nos 36, 38 et 39.

5° enfin, une cachexie particulière favorisant la production du pus, des escarres...

Le pronostic du rhumatisme noueux est surtout fâcheux, à cause de la durée, de l'opiniâtreté de la maladie, des complications souvent assez graves de cette dernière, des déformations articulaires, de l'impotence qui résultent de cet état, et de l'inefficacité de la plupart des moyens employés pour combattre la maladie.

Un mot des lésions anatomo-pathologiques. On sait qu'à part la douleur, il y a chez les malades tuméfaction des parties molles, gonflement épiphysaire, d'où la déformation, surtout sensible aux poignets, avec saillies au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, déformations des doigts en lignes brisées (moniliformes, crochus, en griffes, etc.), déviation de la main vers le bord cubital; extension ou flexion forcée des orteils..., ankyloses plus ou moins complètes, etc. Or, l'anatomie pathologique constate des altérations de la synovie, des os, des cartilages et des épiphyses, ainsi que du tissu cellulaire péri-articulaire; la raréfaction du tissu spongieux des épiphyses et de la substance cartilagineuse (qui est assez souvent érodée et ulcérée); enfin, altération des synoviales témoignant d'une sorte de travail phlegmasique, bien qu'avec absence de suppuration, mais sans traces de lésions du système nerveux *bien* et dûment *constatées*.

Traitement. — Parmi les maladies chroniques les plus opiniâtres et surtout les plus rebelles à la thérapeutique, figure sans contredit le rhumatisme noueux, que des hommes compétents qualifient d'incurable [1]. Il est vrai de dire qu'on ne guérit complétement ni la goutte, ni le rhumatisme aigu, pas plus que l'herpétisme, la scrofule ou telle autre affection diathésique; mais l'art parvient le plus souvent à modifier les états morbides constitutionnels, en en éloignant ou en en prévenant les manifestions.

M. Trousseau pense qu'il faut combattre le mal dès l'origine [2] par un traitement qui doit être profondément modificateur. Après s'être bien trouvé de l'emploi des bains de sublimé, le médecin de l'Hôtel-Dieu a eu ensuite recours à la teinture d'iode, dont M. Lasègue avait fait l'essai sous ses yeux, dès l'année 1852; il a surtout combattu avec avantage les accidents locaux au moyen des applications ou des douches de sable chaud (de 60 à 70 degrés). Plus tard, il a eu recours à l'arsenic.

---

(1) M. Grisolle, *Elém. de path. int.*, 7e édit., t. II, p. 878.

(2) Ouvr. cité, p. 378.

M. Gueneau de Mussy, jugeant par analogie et d'après les bons effets obtenus par divers malades qui avaient fréquenté des établissements d'eaux minérales arséniquées (y compris Lamalou), eut l'idée de combattre les rhumatismes noueux en prescrivant l'arsenic à l'intérieur et surtout en bains [1]. Outre qu'il rend, avec raison, ses bains alcalins, par l'addition d'un sel de soude ou de potasse, il ajoute, le cas échéant, à ce traitement l'extrait de quinquina et l'iodure de potassium (0g,50 à 1 gramme du premier, pour 0g,25 à 0g,75 du second, en potion ou en pilules avant les repas). M. Beau [2] ne tarda point à imiter avec quelques succès son collègue de l'Hôtel-Dieu et l'arsenic est aujourd'hui prescrit aux doses ordinaires à l'intérieur, et à la dose de 1 à 10 grammes par bain.

Enfin, M. Lasègue a publié dans les *Archives* [3] un mémoire dans lequel il prouva par des faits intéressants que l'iode possède, dans les cas de rhumatisme noueux, une valeur thérapeutique incontestable. (Il prescrit la teinture d'iode à la dose progressive de 10 gouttes à 4, 5 et 6 grammes, à prendre au commencement de chacun des deux principaux repas.)

Mais, est-ce à dire qu'on a trouvé soit dans l'arsenic, soit dans l'iode, un spécifique contre la maladie qui nous occupe? « Il n'est point pour le rhumatisme noueux, dit M. Trousseau [4], de médicament spécifique; chaque malade réclame presque un médicament spécial, et cela tient probablement, continue le savant clinicien, à ce que le rhumatisme noueux, dans ses manifestations, est intimement lié à un état diathésique individuel, lequel état individuel réclamera soit les préparations mercurielles, soit les préparations arsenicales, soit seulement les toniques, que vous les emprunttiez au régime alimentaire ou à la pharmaceutique. »

De là la nécessité d'établir les bases d'un traitement rationnel sur l'étiologie, sur la connaissance des dispositions individuelles... Or, soit défaut d'application de ces principes, soit pour toute autre cause, nous avons vu échouer, chez la plupart des malades, les médications les plus diverses et au sort desquelles l'essai de l'iode, de l'arsenic et de toute espèce d'eaux minérales n'avait point échappé.

Ajoutons que nous avons souvent rencontré chez des sujets

---

(1) *Bull. gén. de Thérap.*, an. 1864, t. LXVII, p. 241 et suiv.
(2) Voir *Gaz. des hôp.*, an. 1864, n° 84.
(3) *Arch. gén. de méd.*, août 1856.
(4) Ouvr. cité, p. 379.

atteints de rhumatisme noueux des manifestations évidentes de la diathèse strumeuse, herpétique, urique, syphilitique, avec complication d'anémie et surtout de faiblesse.

Aussi convient-il, dans tous les cas, de tenir compte de ces diverses conditions et de chercher à imprimer le plus tôt possible, une modification profonde à la constitution de chaque malade. Comme moyen de ce genre, on a attribué de tout temps aux eaux minérales une puissance spéciale. Personne n'ignore que Bordeu regardait comme incurable toute maladie chronique résistant aux eaux minérales *appropriées*. C'est donc le médecin qui doit choisir pour chaque malade un traitement et une eau minérale appropriés, saisissant, d'une part, l'indication, et, de l'autre, l'occasion ou l'opportunité.

Serait-ce parce que certains malades auraient été envoyés ainsi *à propos* à Lamalou, qu'ils se seraient bien trouvés de l'usage de ces eaux? Il ne faut pas oublier qu'il s'agit du traitement d'une affection rhumatismale établie presque toujours chez la femme, c'est-à-dire chez les sujets faibles, lymphatiques, irritables et souvent anémiques, et, d'autre part, que les eaux de Lamalou (l'*Ancien*, qu'il ne faut pas confondre ici avec diverses autres sources de ce vallon), faiblement minéralisées (2 grammes, bicarbonatées sodiques et ferrugineuses, avec 4 milligrammes d'arséniate de soude par litre d'eau), ont pour effet ordinaire de calmer la douleur et de tonifier la constitution, à part leur action spéciale pour combattre le rhumatisme. (On y prend des bains de piscine de 34 à 35 degrés, et des étuves sèches à la température de 35 à 40 degrés, en attendant l'installation des appareils à bains et douches de gaz acide carbonique.)

Il résulte du relevé statistique de nos 205 observations que 9 sujets ont obtenu la guérison, 130 de l'amélioration, et que les 66 autres sont partis avec l'étiquette *même état*. Ces guérisons sont relatives sans doute, mais elles ne se sont pas moins soutenues pendant une ou plusieurs années. D'autre part, quelques malades ne restent améliorés qu'à la condition de revenir chaque année faire une nouvelle cure.

Terminons ce travail, déjà trop long, en concluant : 1° qu'il faut, dès qu'on le peut, tâcher de prévenir la maladie chez les personnes descendant de parents qui en étaient atteints; 2° conseiller une habitation saine, l'usage de la laine sur la peau et l'emploi d'une eau minérale appropriée; 3° engager les sujets intéressés à se prémunir contre les effets du refroidissement, de l'habita-

tion dans des magasins humides, dans des appartements neufs ou dont un mur serait adossé contre le terrain; 4° enfin, de redoubler de soins auprès des femmes, à la suite de leurs couches.

Quand la maladie est confirmée, à part les divers moyens hygiéniques dont il vient d'être question, il convient d'avoir recours à un traitement soit général, soit local, approprié : arsenic, soufre, iode, iodure de potassium, colchique et quinquina, huile de foie de morue, sels alcalins, semence de cignë, aconit, jusquiame, belladone, opium...; et, à l'extérieur, applications locales de sable chaud, bains de sublimé, bains avec l'arsenic associé à un sel alcalin; fumigations cinabrées, faradisation cutanée dans quelques cas, massage et enfin bains d'étuves sèches et eaux minérales appropriées à l'état et aux dispositions individuelles.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la carie et de la nécrose chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

I. La carie est une altération du tissu osseux caractérisée par une vascularisation plus ou moins considérable avec friabilité et ramollissement du tissu présentant des fongosités et des bourgeons charnus plus ou moins développés et baignés d'une humeur sanieuse et purulente.

Causes. — Chez les enfants, les violences extérieures et la scrofule sont les causes de la carie; nous avons vu la syphilis héréditaire occasionner chez les enfants la carie des os de la face, des os du nez et de la voûte palatine. Nous n'avons pas constaté, dans ces cas, de tubercules compliquant ce genre de carie.

Nous ne pouvons pas dire que la carie reconnaisse pour cause la masturbation, car nous n'avons pas de faits positifs qui viennent à l'appui de cette opinion; nous n'avons pas vu d'une manière positive d'enfants très-adonnés à la masturbation être pris de carie vertébrale; mais nous avons vu la carie vertébrale, qui nécessite de tenir les enfants au lit, les porter à la masturbation.

Altérations physiologiques. — Ces lésions anatomiques s'observent dans les parties spongieuses des os. On voit la substance de ce tissu présentant des cellules agrandies, dilatées; elle est vascularisée, raréfiée, légère, ramollie, friable sous la pression du doigt,

rougeâtre, violacée, imprégnée de sang sanieux ou de pus fétide ayant une odeur spéciale.

Symptômes. — Chez les enfants, le début de la maladie reste souvent inaperçu, il y a tuméfaction d'abord indolente, et ce n'est que tardivement que les petits malades accusent de la douleur, qui peu à peu devient plus vive et continue, après un temps plus ou moins long. On reconnaît si la carie se développe sur un os sous-cutané, parce qu'il y a une tuméfaction quelquefois mal circonscrite, dure et douloureuse à la pression ; ce n'est que tardivement que les parties molles voisines s'enflamment et que des abcès se développent dans le lieu malade, ou bien, plus loin, à des distances variables, il se forme des abcès froids qui s'ouvrent avec le temps. On voit les ouvertures s'agrandir, du pus sanieux s'écouler ; quelquefois des parcelles osseuses entraînées par le pus apparaissent au milieu de la suppuration ; des fistules s'établissent, et si l'on vient à introduire par les ouvertures un stylet métallique résistant, on peut sentir une surface dure, rugueuse, irrégulière, âpre ; si l'on pousse le stylet, on reconnaît que l'on pénètre dans un tissu malade, mou et pourtant rugueux ; en même temps il s'écoule plus ou moins de sang et quelquefois de petites portions d'os.

Il est évident que, lorsque la carie occupe le voisinage d'une articulation, des accidents d'arthrite se manifestent ; que si elle s'observe dans le voisinage des grandes cavités thoracique ou abdominale, on remarque des accidents qui se développent sur les viscères que les cavités contiennent ; si la carie siége aux os du crâne, elle détermine des symptômes cérébraux. Enfin elle peut être cause de paralysie des membres inférieurs ou supérieurs, si elle occupe quelques points de la colonne vertébrale.

La *marche* de cette maladie est quelquefois très-lente. Siége-t-elle dans un point circonscrit, elle peut se terminer par l'élimination de petites parcelles ou petits fragments très-peu volumineux, et la partie qui se détache se couvre de bourgeons charnus et d'une cicatrice. Si elle occupe une portion considérable, elle peut entraîner des accidents plus ou moins graves, la chute d'une portion du pied, de la main, etc. ; d'autres fois une suppuration abondante et fétide, une fièvre lente, le marasme et la mort.

Diagnostic. — S'il est quelquefois difficile au début, il n'est pas permis de méconnaître la carie avancée, surtout quand des abcès se sont ouverts et permettent de faire une exploration avec un stylet métallique.

La carie est toujours plus ou moins grave, suivant l'étendue

qu'elle occupe ; elle est moins fâcheuse si elle est superficielle, mais elle est toujours dangereuse si elle se développe très-profondément à la colonne vertébrale, aux os du bassin, aux os du pied ou de la main, ce qui se voit trop souvent chez les petits scrofuleux.

Traitement.— Cette grave maladie réclame un traitement général, quand la cause qui la fait naître dépend de la constitution : ainsi la scrofule, la syphilis doivent être traitées lorsque ces maladies sont une cause de la carie.

Il faut aussi, surtout si la maladie est de cause traumatique, employer un traitement local. Ainsi, les douleurs peuvent être combattues quelquefois, mais rarement, par des applications de sangsues, par des applications émollientes, fomentations, cataplasmes, onctions avec des pommades fondantes, onguent napolitain, pommades iodées ; ces moyens ne sont que des palliatifs.

Nous sommes revenu, pour les caries chez les enfants, des cautères, des pointes de feu, de la cautérisation transcurrente, pour arrêter la marche de la maladie. Ces moyens ne nous ont pas donné de bons résultats.

Mais quand des abcès se développent, il faut les ouvrir, même ceux par congestion. Lorsque les ouvertures d'abcès persistent, on se trouve bien d'applications de liqueurs toniques, infusion de feuilles de noyer, vin aromatique, solution d'iode ; il y a même de l'avantage à faire des injections avec une partie de teinture d'iode et deux parties d'eau simple. On peut faire ces injections avec succès dans les abcès par congestion loin de l'os malade, dans les abcès symptomatiques de la carie vertébrale, de la coxalgie.

Lorsque le point carié est superficiel, on peut quelquefois porter le fer rouge sur l'os malade, produire alors un séquestre qui peut se détacher.

Enfin il existe des caries si étendues et si profondes, qui occupent plusieurs os, comme à la main, comme au pied, qu'on se trouve souvent obligé de faire soit des extractions, soit des resections, et quelquefois des amputations, lorsque la maladie locale produit des accidents généraux qui débilitent tellement les malades, qu'on ne peut pas toujours attendre que la partie malade se détache et s'élimine par les seuls efforts de la nature.

II. La nécrose ou mortification partielle ou totale d'un os se rencontre souvent chez les enfants ; il y a des nécroses traumatiques et des nécroses par causes internes.

Les plaies, les blessures, surtout la scrofule et quelquefois la syphilis, sont les causes de la mortification du tissu osseux dans le jeune âge.

La disposition vasculaire du périoste et de la membrane médullaire, très-notable chez les jeunes sujets plus encore que chez les adultes, peut expliquer comment la nécrose survient par des lésions de chacune de ces membranes et de l'os lui-même.

L'os, privé de son périoste ou de sa membrane médullaire par une cause quelconque, ne vivant que par la vascularité de ces membranes, doit se mortifier, et, étant privé de circulation, arrive à former une partie morte appelée *séquestre*, qui tend à se détacher comme l'escarre se sépare des parties molles. Le séquestre présente des différences considérables : quelquefois très-petit, très-circonscrit, et d'autres fois occupant une grande partie ou toute l'étendue d'un os, il se reconnaît dans le jeune âge, comme chez les adultes et les vieillards, par sa teinte d'un blanc mat ou terne; sa percussion donne un son plus clair, comme fêlé. Le séquestre est variable d'aspect, quelquefois sous forme de plaques minces irrégulières, d'autres fois en fragments anguleux représentant une portion d'os dans un point plus ou moins étendu, et quand ce séquestre est ancien, il a perdu par le temps les premières dimensions qu'il avait. Si un séquestre est traité par les agents chimiques, on reconnaît qu'il a perdu de son tissu organique; abandonné à lui-même, l'élimination se fait chez les enfants comme chez les adultes, peut-être plus promptement dans l'enfance qu'aux autres âges.

On constate, chez les jeunes sujets : 1° l'*exfoliation;* 2° l'*élimination;* 3° la *résorption.*

1° L'*exfoliation*, c'est-à-dire l'expulsion de petites lames osseuses plus ou moins circonscrites, se développe soit spontanément à la suite d'un abcès par cause générale, soit après une plaie, une contusion, soit après une érosion de la peau au niveau d'un os plus ou moins sous-cutané, au crâne, à la face, à la mâchoire, au tibia, etc. Il y a d'abord inflammation de plus ou moins longue durée, quelquefois très-vive, d'autres fois lente; un abcès se forme, s'ouvre spontanément, ou bien est ouvert par la main du chirurgien; la partie osseuse mortifiée se découvre, se détache le plus ordinairement en totalité sous forme d'une plaque ou par petits fragments, quelquefois des plus ténus; d'autres fois, si elle est peu considérable, elle peut se résorber ou échapper à l'œil de l'observateur; le périoste qui recouvrait cette partie osseuse a été détruit, mais le périoste qui existe autour, sur la partie d'os saine, reste intact et ne tarde pas à s'étendre et à combler la partie dénudée.

2° *Elimination.* Ce n'est pas toujours une lamelle osseuse plus ou moins étendue qui se détache, mais une portion plus ou moins

volumineuse d'un os qui se trouve frappé de mort : c'est le véritable séquestre, qui ne peut pas sortir par exfoliation, mais par élimination totale ou partielle. Cet os, qui ne vit plus, reste plus ou moins enveloppé de son périoste ; celui-ci, qui s'est enflammé, se développe lentement, se moule sur la partie malade d'une manière plus ou moins difforme et constitue l'os nouveau ; le séquestre est enveloppé en totalité par l'os qui offre, dans certains points, des ouvertures de différentes formes, étroites, circulaires, ovales, par lesquelles on sent et on voit la partie osseuse frappée de mort : c'est ce qui constitue le séquestre invaginé ; il nage dans le pus et se trouve quelquefois plus ou moins en contact avec de la substance tuberculeuse que nous avons parfois rencontrée dans les extrémités osseuses ou dans les os courts principalement. Abandonnée à elle-même, cette portion d'os entourée de suppuration tend à se détacher graduellement des parties saines, elle peut sortir par les seuls efforts de la nature, après de longues suppurations qui s'écoulent par les fistules faites à l'os et à la peau pendant la maladie. Le temps et la nature, aidant constamment à l'issue de cette portion d'os malade, suffisent quelquefois pour en déterminer l'expulsion.

3° La *résorption* est une terminaison lente par la fonte du séquestre ; elle s'observe rarement ; mais nous avons vu le séquestre s'user et se détruire peu à peu d'une manière insensible et se réduire à la plus simple expression.

Les *causes* de tous ces désordres qui se rencontrent chez les enfants sont, comme nous l'avons dit, des lésions traumatiques, et le plus souvent la scrofule.

Les *symptômes* sont d'abord une tuméfaction, un gonflement sans grande douleur dans le point où se déclare la nécrose ; dans quelques cas, il y a sensibilité, rougeur érésipélateuse, mais en général une inflammation à marche lente ; lorsqu'il s'agit de nécroses étendues, comme à la mâchoire, comme aux membres, il peut y avoir une vive inflammation, très-intense, avec tuméfaction rapide, avec fièvre, formation d'abcès profonds, quelquefois sous-périostiques ; dans ces cas, il peut y avoir agitation générale, délire, enfin tous les phénomènes d'une inflammation phlegmoneuse.

Lorsque la nécrose est peu étendue, circonscrite, superficielle, il n'y a qu'un travail local sans réaction générale, il survient un abcès, une ouverture spontanée et une fistule ; mais dans les cas de nécrose étendue, les accidents généraux sont graves, la suppuration abondante et située profondément. Si ces accidents sont supportés par les enfants, et qu'ils ne succombent pas, il se passe beaucoup de temps avant de

voir le pus se faire jour au dehors, et ce n'est souvent qu'après avoir fusé, comme on le voit dans les cas d'abcès par congestion de la colonne vertébrale et du bassin, ce n'est souvent qu'après des mois qu'on voit les abcès s'ouvrir et former des fistules intarissables jusqu'à l'élimination des parties osseuses nécrosées.

Pronostic. — En général, toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est plus ou moins fâcheux, la maladie est ordinairement de longue durée; si elle est peu intense, peu étendue, les malades peuvent la voir se terminer par des fistules, l'issue de séquestres peu volumineux; mais si elle occupe une grande partie d'un os, ou un os en totalité, elle peut être plus ou moins funeste.

Enfin, quoi qu'il arrive, il faut être très-réservé dans le pronostic et ne jamais perdre de vue que les plus petites parties nécrosées mettent souvent des mois à être chassées au dehors, et ce n'est qu'à la sortie de ces parties mortifiées que la suppuration cesse et que les fistules se ferment.

Les enfants guérissent en général des nécroses circonscrites, et, dans les nécroses même très-étendues, il arrive assez souvent qu'ils finissent par guérir, s'ils passent la période de suppuration sans être trop épuisés.

La *marche*, comme on le voit d'après les symptômes, est le plus souvent lente; elle est peut-être un peu plus prompte s'il s'agit de nécroses de causes traumatiques; quand il s'agit de nécroses par causes scrofuleuses, et ce sont celles qu'on rencontre malheureusement très-souvent, il n'en est pas ainsi : nous en avons vu persister cinq, six ans et plus.

Siége. — La nécrose, très-commune dans le jeune âge, s'observe sur tous les os, longs, courts et plats, indépendamment des nécroses qui se développent sur le bord alvéolaire. Chez les enfants qui se sont trouvés dans les endroits où l'on fabrique le phosphore, nous voyons les mâchoires supérieures ou inférieures se nécroser. Sous l'influence du vice scrofuleux, quelquefois dans une très-petite étendue, au bord d'un alvéole par exemple; d'autres fois, et en général après des gengivites, des stomatites plus ou moins considérables, souvent gangréneuses, nous trouvons des nécroses affectant le bord alvéolaire dans une portion et quelquefois presque la totalité de la mâchoire supérieure ou inférieure.

Les énormes séquestres qui succèdent à ces nécroses, très-longtemps retenus, entourés de suppuration abondante, donnent une fétidité horrible dans la bouche, déterminent la fièvre et tous les symptômes de résorption; ils sont expulsés par les efforts de la na-

ture ou sont extraits par le chirurgien. Nous avons eu l'occasion d'enlever plusieurs fois des séquestres représentant la mâchoire supérieure ou inférieure presque dans son entier. Les enfants guérissent rapidement et comme par enchantement, après l'extraction de ces parties malades.

Des mâchoires nouvelles, formées par le développement du périoste, le plus souvent sans dents, remplacent les anciennes.

On voit chez les enfants une foule de nécroses partielles, en général des os de la face, les bords des orbites dans une étendue plus ou moins considérable, les os propres du nez, etc., de la voûte palatine, comme dans la syphilis. Toutes ces nécroses se terminent le plus souvent par exfoliation, après avoir présenté d'abord du gonflement, quelquefois des abcès, puis des fistules qui persistent et pour lesquelles le temps et l'emploi des moyens généraux font plus que tous les moyens locaux; elles se terminent en général par une cicatrice des parties molles adhérentes à la partie d'os malade. Souvent ces adhérences cessent avec le temps et la peau redevient mobile.

Les nécroses des côtes, du sternum, ne sont pas rares; celles des vertèbres sont malheureusement très-communes et pour ainsi dire une maladie spéciale à l'enfance, et quelquefois tuberculeuses. Nous n'avons constaté que rarement la véritable substance tuberculeuse dans les vertèbres.

Les nécroses s'observent très-souvent aux membres, sur les os longs, sur l'humérus, le radius, le cubitus, le fémur, le tibia et le péroné. Dans ces différents cas nous voyons, chez les enfants, des engorgements plus ou moins circonscrits sur un point d'un des os; ils marchent avec une lenteur extrême et ne sont accompagnés que d'une douleur sourde. D'autres fois il y a tous les symptômes d'un phlegmon profond avec fièvre et même délire; c'est ce que nous avons observé plusieurs fois pour des périostites du fémur, qui débutent même par la fièvre et le délire et marchent souvent très-vite; elles ne tardent pas à se terminer par des abcès profonds qui jettent les enfants dans un état grave, qu'on ne peut jamais entraver par le traitement antiphlogistique le plus actif, qui est plus nuisible qu'utile. Dans ces cas, les applications d'onguent napolitain autour du membre malade, et, à l'intérieur, des préparations de quinquina, sont les moyens à mettre en usage; enfin, lorsque le pus s'est formé, même avant une fluctuation très-marquée, il y a avantage à faire de larges incisions, qui soulagent même s'il n'y a pas de collections de pus formées. S'il est indiqué de faire chez les enfants une chirurgie active, c'est pour calmer les douleurs vives et les

accidents généraux qui compliquent le mal local. Mais après ce traitement actif, il n'y a plus à faire qu'une chirurgie d'expectation : émollients, bains, cataplasmes, quelquefois le drainage, des injections émollientes et détersives, puis des pansements simples. Les fistules s'établissent; on sent à travers ces fistules, plus ou moins tardivement, le séquestre, qui d'abord n'est nullement mobile et qui ne le devient qu'avec le temps. Nous avons remarqué que plus le séquestre est étendu, plus il faut de temps pour le trouver mobile. Chez un enfant de dix à onze ans, nous avons reconnu une mobilité d'un séquestre occupant la totalité du corps du fémur, sept ans seulement après le début de la maladie, et nous en avons fait l'extraction avec succès.

On observe aussi chez les enfants des nécroses des os courts, principalement des phalanges des doigts; c'est dans ces cas qu'il y a une forme toute spéciale des doigts, le gonflement est fusiforme, quelquefois en forme de radis. Dans cette nécrose, on voit les enfants perdre une ou plusieurs phalanges; les os du pied peuvent aussi être atteints, l'astragale, le calcanéum, dont les séquestres ne sont mobiles qu'après plusieurs mois et même plusieurs années.

Traitement.—Chez les enfants, comme dans le plus grand nombre des cas où la nécrose s'est développée sous l'influence d'une constitution scrofuleuse ou lymphatique, le traitement antiscrofuleux doit être mis en usage depuis le début de la maladie jusqu'à la fin; il ne doit être modifié ou suspendu que dans les cas d'inflammations violentes et de fièvres qui doivent être combattues par les moyens locaux et généraux. Hors ces cas, et lorsque la nécrose est à l'état stationnaire, il faut mettre en usage localement les lotions toniques, les bains toniques généraux; dans certains cas, des émollients seulement, et attendre les efforts de la nature, qui tendent toujours soit quelquefois à la résorption du séquestre, soit le plus souvent à son expulsion et à la formation de la partie osseuse nouvelle qui doit remplacer l'ancienne.

Le rôle du chirurgien se borne à attendre que le séquestre devienne mobile; pendant ce temps on doit cependant surveiller le malade, et, surtout lorsqu'il s'agit d'un os long des membres, il faut, par la position ou par des bandages, éviter que l'os de nouvelle formation, qui est longtemps d'une consistance molle, ne vienne à se courber, comme cela s'observe quelquefois soit aux membres supérieurs, soit aux membres inférieurs. L'immobilité du membre est absolument nécessaire toutes les fois que le séquestre a un peu d'étendue, car les mouvements peuvent déterminer des phlegmons,

des érésipèles. Il faut surveiller ces complications intercurrentes, qui réclament alors des traitements différents suivant les cas.

En général il faut se contenter, pendant longtemps, d'imprimer des mouvements aux séquestres avec prudence, lorsqu'ils sont placés de manière à pouvoir être extraits; il est des cas où il faut se garder d'y toucher, comme à ceux des vertèbres par exemple.

Mais lorsque après plus ou moins de temps on peut s'assurer, en sondant les points fistuleux, que le séquestre est mobile dans plusieurs directions, le chirurgien doit intervenir soit en saisissant les parties qui peuvent s'extraire avec des pinces, soit en débridant les points fistuleux; enfin, dans certaines circonstances, comme dans les séquestres de l'omoplate, de l'humérus, du fémur, etc., il faut non-seulement débrider les parties molles, mais agrandir les ouvertures de l'os nouveau pour extraire les séquestres; dans ces cas, chez nos petits malades nous ne craignons pas, et nous l'avons fait plusieurs fois, de nous servir du trépan, de la gouge et du maillet pour faciliter ces extractions. Lorsqu'il faut faire sortir le séquestre, on peut être forcé de le couper avant de l'extraire.

Après ces opérations, souvent très-laborieuses et très-longues, on doit faire des pansements très-légers et tamponner doucement s'il y a hémorragie, en mettant ensuite en usage les arrosements d'eau froide avec les soins convenables; il est aussi très-utile, après ces opérations, de maintenir de nouveau dans la rectitude normale le membre opéré. Il faut suivre avec soin la cicatrisation et la régulariser le plus possible. On ne doit pas oublier que, pour les membres, les os de nouvelle formation ne sont pas d'abord solides, et qu'il est prudent de ne permettre les mouvements, la marche surtout, que plus ou moins de temps après l'extraction du séquestre; sans cela on aurait des membres qui pourraient rester courbés et difformes.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur quelques préparations de musc et de castoréum.

Par M. Deschamps (d'Avallon).

Lorsque nous avons publié, en 1861, dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, t. LXI, p. 219, une *Note sur la préparation de la teinture de musc*, nous avons voulu prouver que cette teinture devait être préparée avec de l'alcool à 56 degrés centésimaux, et

faire connaître aux médecins ce qu'ils administraient de musc en prescrivant la teinture; mais nous n'avons pas voulu, à cette époque, entrer dans d'autres considérations, puisque nous conservions nos formules et nos observations pour un travail sur la thérapeutique.

M. Lailler ayant publié un *modus faciendi* pour préparer les potions avec le musc, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de soumettre quelques-unes de nos formules au jugement des praticiens. Le savant pharmacien de l'asile de Quatre-Mares-Saint-Yon a parfaitement raison de dire que nous préférons le musc à la teinture, puisque cette opinion ressort de notre travail, etc. Cependant, nous pensons que l'on pourrait facilement établir des équivalents, s'il était possible d'administrer la teinture à des doses assez élevées.

Nous ne pouvons pas, à l'occasion de quelques formules, entrer dans une discussion de haute thérapeutique; mais nous dirons que nous n'avons pas la même confiance que M. Lailler dans l'action que le musc exerce sur les vésanies.

Nous avons vu prescrire le musc; nous connaissons des médecins qui en ont administré des doses considérables; nous savons que tous les aliénistes ont essayé cet agent thérapeutique, que tous ont cru en obtenir de bons effets, et que tous l'ont abandonné; enfin, nous affirmons que tous les jeunes aliénistes le prescriront, et que tous l'abandonneront.

Potion avec le musc.

Musc.................... 30, 50 centigr. à	1 gramme.
Gomme arabique pulvérisée..................	10 grammes.
Sirop de sucré............................	30 grammes.
Eau, q. s. pour une potion de 150 grammes.	

Mettez le musc dans un mortier de pierre ou de marbre, versez dessus, en trois fois, autant de gouttes d'alcool à 56 degrés centésimaux qu'il y a de centigrammes de musc prescrits (30 centigrammes, 30 gouttes, 10 gouttes à chaque fois) et triturez vigoureusement, après chacune des deux premières instillations, pour réduire le musc en pâte fine. Instillez la troisième partie de l'alcool, triturez, ajoutez du sirop pour délayer la pâte, mettez la gomme dans le mortier, faites le mucilage, etc.

En opérant ainsi, le musc est en poudre très-fine et l'aspect de la potion n'est pas désagréable.

Une cuillerée contient ou 3, ou 5, ou 10, etc., centigrammes de musc.

On suit ce *modus faciendi* pour préparer les potions dans lesquelles on fait entrer du *castoréum;* seulement il faut employer de l'alcool à 80 degrés centésimaux.

Lavement au musc.

Musc........................	50 centigr. à 1 gramme.
Gomme arabique pulvérisée..................	10 grammes.
Eau, q. s. pour un quart de lavement.	

Mettez le musc dans un mortier, instillez dessus, en trois fois, autant de gouttes d'alcool à 56 degrés centésimaux qu'il y a de centigrammes de musc de prescrits, c'est-à-dire 16 ou 32 gouttes à chaque fois, et triturez vigoureusement, après chacune des deux premières instillations, afin de réduire le musc en pâte très-fine; instillez la troisième partie d'alcool, triturez légèrement, ajoutez la gomme, triturez pour avoir une poudre homogène; faites le mucilage, etc. L'alcool des deux premières instillations se vaporise presque entièrement. Quand on n'a pas un nombre de centigrammes de musc divisible par 3, on conserve les gouttes en plus, pour les ajouter la troisième fois, c'est-à-dire que pour 50 centigrammes de musc on instillera 18 gouttes d'alcool la dernière fois.

On suit ce *modus faciendi* pour préparer le *lavement au castoréum;* mais on emploie de l'alcool à 80 degrés centésimaux.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de paralysie atrophique rhumatismale guérie par l'électricité.

Paralysie des muscles de l'épaule droite; atrophie considérable et insensibilité des téguments de la totalité du bras. — Emploi de l'électricité faradique (appareil du docteur Duchenne, de Boulogne); amélioration suffisante pour permettre au malade de reprendre ses travaux manuels. — X***, trente et un ans, menuisier dans le département de l'Aveyron, complexion musculaire moyenne, teint habituellement pâle, facies amaigri, tempérament lymphatique-nerveux, constitution bonne, malade depuis *deux ans et demi.*

Antécédents héréditaires. — X*** a perdu son père et sa mère.

Son père, habituellement bien portant, est mort à soixante-quatorze ans. Pendant les six dernières années de sa vie, il a été sujet à des attaques épileptiformes; elles avaient lieu le soir, après le

coucher, et se caractérisaient par : 1° perte absolue de connaissance avec contracture des membres et écume sanguinolente à la bouche, et 2° absence de souvenir des accidents (une dizaine d'attaques pendant ces six années).

Sa mère, d'une bonne santé moyenne, est morte à soixante-huit ans d'une maladie aiguë.

X*** est le plus jeune de quatre autres enfants, trois garçons et une fille. — Les deux frères aînés sont sujets à des *froideurs* (*sic*) dans les membres, à des maux de reins, à des crampes dans les jambes. — La sœur a eu des douleurs violentes au bras droit, traitées comme *douleurs rhumatismales.*

Antécédents du malade. — Quelques croûtes d'impétigo au cuir chevelu jusqu'à l'âge de trois ans; écoulement d'oreille avec surdité, vers l'âge de seize ans (à cette époque, X*** passait la plus grande partie de ses journées dans l'eau froide, s'occupant à poursuivre les poissons des ruisseaux d'eaux vives et des rivières). — A vingt et un ans, dyssenterie pendant dix-huit mois. — A vingt-deux ans, excès de masturbation continués pendant plus de deux années.

Vers le mois de janvier 1851, à la suite d'un refroidissement, X*** éprouve un sentiment de faiblesse dans le membre thoracique droit; cette faiblesse va en augmentant et s'accompagne graduellement d'une insensibilité de plus en plus absolue, d'une gêne et d'une impossibilité complète des mouvements de l'avant-bras sur le bras et surtout du bras sur l'épaule.

Cet état s'aggrave jusqu'au mois de décembre 1852, époque à laquelle le malade se trouve absolument perclus de son bras droit, et ne peut lui imprimer aucun mouvement volontaire.

Pas de traitement jusque-là, sauf des frictions avec le baume Opodeldoch.

Entré le 9 février 1853 à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloy de Montpellier, X*** y subit le traitement suivant : 1° frictions sur le membre malade avec un liniment ammoniacal;

2° Application d'un large vésicatoire sur le moignon de l'épaule droite;

3° Deux ou trois séances, à vingt-quatre heures d'intervalle, de deux à trois minutes de durée, de l'application d'un courant électrique (machine de Wollaston) sur la région latérale droite du cou et sur la région sus-scapulaire droite.

Etat actuel le 3 *juin* 1853. — X*** est porteur d'une difformité de la colonne vertébrale, avec incurvation prononcée à droite, par

suite de laquelle l'épaule droite est relevée et dépasse en hauteur le niveau de l'épaule gauche.

Membre thoracique droit. — Amaigrissement et flaccidité de la totalité du membre, atrophie notable des muscles du bras et des muscles sus et sous-épineux; atrophie considérable du muscle deltoïde. L'épine du scapulum est beaucoup plus saillante que celle du scapulum gauche.

Dimensions relatives des deux membres supérieurs évaluées en centimètres. — On marque, avec le nitrate d'argent, les points de repère des parties mesurées, afin d'opérer toujours aux mêmes endroits.

	Membre thoracique droit malade.	Membre thoracique gauche sain.
Mesure de l'épaule. — Le ruban métrique entoure l'épaule en passant par le creux axillaire et par le sommet de l'apophyse acromion.	37cm.	40cm.
Mesure du bras. — Elle est prise au niveau de la partie moyenne et la plus saillante du biceps brachial.	21	25
Mesure de l'avant-bras. — Elle est prise au niveau de la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs.	22	25

Les mouvements d'élévation du bras sur l'épaule sont impossibles; le membre thoracique droit reste suspendu dans une inertie complète le long du tronc, et X*** doit se servir de son bras gauche pour imprimer un mouvement quelconque au bras malade; il ne peut s'habiller ou se déshabiller sans le secours d'un aide.

Les mouvements de l'avant-bras sur le bras (flexion et extension) sont un peu conservés, mais ne s'exercent qu'avec une grande difficulté et un sentiment de faiblesse tel, que le malade porte instinctivement sa main gauche au secours du membre thoracique droit quand il veut imprimer un mouvement quelconque à ce dernier.

Les mouvements propres ou intrinsèques de l'avant-bras sont modifiés : la supination est incomplète et difficile; la pronation s'exerce mieux.

L'action des muscles fléchisseurs et des muscles extenseurs des doigts est à peu près intacte.

L'action des muscles grand et petit pectoral, grand dorsal et extrinsèques de l'épaule (moteurs de l'épaule) est intacte.

La sensibilité est nulle sur tout le moignon de l'épaule et jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'insertion humérale du deltoïde. Un peu obtuse au pli du coude, elle est à peu près intacte à l'avant-bras.

L'état général du malade est bon; toutes les fonctions s'exercent normalement. Il y a seulement un peu moins d'appétit qu'à l'état de santé ordinaire, et un peu de faiblesse ou de torpeur musculaire générale.

3 juin 1853. Sur le moignon de l'épaule et la surface cutanée qui recouvre le muscle deltoïde droit, j'applique le courant du premier ordre (plus spécial à la sensibilité) de l'appareil électro-faradique à double courant du docteur Duchenne (de Boulogne). Les fils conducteurs sont munis à leur extrémité de pinceaux métalliques, que je promène lentement et sans interruption de contact sur la région indiquée. Par ce moyen, je donne lieu, dans les muscles sous-jacents, à des contractions fibrillaires très-appréciables à la vue et au toucher, mais dont le malade n'a qu'une vague sensation.

Dix séances se succèdent ainsi chaque jour, et se prolongent pendant dix minutes; elles ont lieu à deux heures du soir, deux heures après le repas du malade.

Dixième séance. — Les premières séances ont d'abord été suivies de céphalalgie et d'un peu d'engourdissement général, sans durée notable; actuellement X*** est plus gai et mieux dispos. — L'état du pouls n'a pas paru influencé par l'application de l'électricité; il a oscillé entre 75 et 85 pulsations par minute.

La motilité n'a pas fait de progrès sensible.

La sensibilité marche plus vite vers l'amélioration; elle est devenue plus marquée dans le tiers inférieur du bras; l'action du courant, supportée au début dans sa totalité, doit être actuellement modérée au moyen du graduateur de l'appareil.

J'augmente de cinq minutes la durée de l'application (soit un quart d'heure par séance).

Dix-huitième séance. — L'insensibilité diminue chaque jour; elle se limite à la région deltoïdienne; le membre malade paraît moins flasque et plus vultueux qu'au début du traitement. — Depuis quelques jours, X*** perçoit dans la partie paralysée, à la suite de chaque séance, une chaleur notable qui persiste pendant deux heures et qui attire d'autant mieux son attention qu'il éprouvait antérieurement, dans la même partie, un sentiment de froid tout opposé.

J'augmente de cinq minutes la durée de l'application du courant (soit vingt minutes par séance).

Trente-septième séance (13 juillet). — Le deltoïde paralysé a pris un degré de consistance :: 2 : 1 depuis le premier jour du traitement. Le membre exécute de mieux en mieux ses mouvements; la sensibilité persiste et devient normale dans toutes les parties où elle est revenue. Le centre de l'insensibilité réside au niveau du sommet de l'apophyse acromion, et de là rayonne, en diminuant, dans tous les sens, mais surtout dans le sens vertical; en bas, elle s'étend jusqu'à l'insertion humérale du deltoïde; en haut, jusqu'au tiers moyen du muscle trapèze. — Le malade se trouve d'ailleurs très-bien, toutes les fonctions sont actives et s'exécutent normalement.

J'augmente de cinq minutes la durée de l'application électrique (soit vingt-cinq minutes par séance).

Quarantième séance. — De demi-heure.

Quarante-septième séance (23 juillet). — De demi-heure.

Obligé de m'absenter, je suspends le traitement.

Dimensions nouvelles et relatives des deux membres supérieurs, prises aux mêmes points précédemment indiqués.

	Membre thorac. droit (malade).	Membre thorac. gauche (sain).
Epaule....................	40cm.	40cm.
Bras......................	23	25
Avant-bras................	24	25

1er août. Après un repos de huit jours, nous reprenons le traitement.

La sensibilité de la région malade, même dans les points jusque-là les plus insensibles, est devenue telle, que X*** supporte à peine 4 degrés du graduateur. — Séance de quinze minutes.

9 août. Les séances continuent dans les mêmes conditions. Un peu de lourdeur se manifeste seulement après chaque séance dans le coude, l'avant-bras et les doigts, qui semblent *endormis* (*sic*) au malade.

Soixantième séance (13 août). L'amélioration reste stationnaire; le traitement est définitivement suspendu.

X*** s'habille et se déshabille très-bien tout seul; il se sert convenablement de son bras droit et peut vaquer à ses occupations personnelles sans le secours d'aucun aide étranger. — Les dimensions relatives du membre malade ont presque *dépassé* celles du membre sain.

X*** va prendre les eaux thermales de Balaruc-les-Bains.

30 août 1853. Retour de Balaruc. X*** a pris : 13 douches d'un quart d'heure à 36 degrés; 13 boues sur l'épaule, de trois quarts d'heure. Point de bains généraux.

Les résultats sont : 1° sensibilité accrue; 2° vultuosité et comme turgescence du bras et de l'épaule droits; 3° mouvements d'avant en arrière et d'arrière en avant plus faciles.

Pas d'amélioration dans le mouvement d'élévation du bras sur l'épaule. Pour mettre son bras droit sur sa tête, X*** a toujours besoin de l'aide de son bras gauche.

Février 1854. Le malade a repris son travail de menuisier; il peut se servir de son bras droit, dont l'énergie est devenue suffisante pour lui permettre de vaquer aux efforts de sa profession.

La guérison s'est maintenue pendant plusieurs années, et, depuis 1860, nous n'avons plus eu de nouvelles du malade.

Dr H. Guinier,
Agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

BIBLIOGRAPHIE.

Bibliothèque de philosophie contemporaine, fondée par M. Germer Baillière, libraire-éditeur.

Relation de l'épidémie de choléra de 1865 à l'hôpital Saint-Antoine, par M. le docteur Decori.

De l'origine et de la marche de l'épidémie de choléra à Marseille en 1865 (1).

Ceux-là même qui ne sauraient suivre sans une mélancolique tristesse et une anxieuse préoccupation le mouvement matérialiste qui entraîne, aujourd'hui, dans les sciences un certain nombre d'esprits, ne peuvent qu'applaudir à l'œuvre intelligente que vient d'inaugurer parmi nous M. Germer Baillière, en y fondant la *bibliothèque de philosophie contemporaine*. Si, pour rester fidèle au titre de son intéressante publication, le savant éditeur doit nécessairement y faire figurer des travaux contemporains, où le matérialisme le plus accentué se donne libre carrière, et sans s'inquiéter plus que le boulet que lance la poudre, des ruines qu'il peut entraîner, il y a place, à côté de ces travaux, pour des œuvres qui les corrigent, et reposent l'esprit dans des perspectives plus consolantes

(1) *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille.*

et, nous le croyons, plus vraies. Le sceau est brisé, qui fermait aux yeux des peuples les livres où la pensée libre sondait les profondeurs de la philosophie ; mais la liberté, comme la lance d'Achille, guérit les blessures qu'elle fait, et sur les ruines du néant que se plaisent à creuser autour de nous quelques esprits pessimistes, elle peut relever, elle relèvera l'édifice de nos immortelles espérances. Dans tous les cas, la digue est emportée, et nulle main ne sera assez puissante pour la rétablir ; il faut en prendre son parti, se poser résolûment les problèmes, et s'éclairer de toutes les lumières pour les résoudre.

Nous n'avons sous la main que six volumes de cette intéressante publication : *l'Ame et la Vie,* par M. Émile Saisset ; *la Philosophie individualiste, Etude sur Guillaume de Humboldt,* par M. Challemel-Lacour ; *la Philosophie religieuse,* par M. Charles de Rémusat ; *le Vitalisme et l'Animisme de Stahl,* par M. Albert Lemoine ; *Du Plaisir et de la douleur,* par M. Francisque Bouillier, et *la Philosophie de la médecine*, par M. Edouard Aubert.

Quand même nous disposerions ici d'un espace suffisant pour indiquer même d'une main discrète l'esprit de ces divers travaux, il serait tout à fait hors de propos de le faire dans un journal exclusivement consacré aux questions de pratique médicale ; nous nous contenterons donc de glaner çà et là, dans chacun de ces ouvrages, quelques idées qui laisseront pressentir aux lecteurs du *Bulletin* l'intérêt qu'ont su répandre sur des questions anciennes, mais toujours nouvelles, des plumes exercées.

En traitant de l'âme et de la vie, M. Émile Saisset, dont la philosophie déplore la perte récente, a montré qu'il savait où est le nœud gordien qu'ont à dénouer le matérialisme et le spiritualisme. L'auteur n'admet pas, et il a infiniment raison, que supprimer une question, comme le fait le positivisme, ce soit la résoudre, et il se demande ce que c'est que la vie, si la vie est un fait purement physique, ou bien si elle est, comme quelques-uns l'entendent, l'âme inconsciente en action. Quant à la première question, M. Saisset démontre sans peine que le pur mécanisme, inauguré dans cet ordre de recherches par Descartes, ne peut plus être soutenu aujourd'hui, et que ce serait rêver que de redire avec l'immortel auteur de la *Méthode,* « que les corps qui ont vie ne sont que des petits ruisseaux qui coulent toujours. » Mais il y a une science qui, née en quelque sorte de nos jours, va plus avant au fond des choses, c'est la chimie ; cette science, même aidée du microscope, nous conduit-elle plus loin dans l'explication de l'énigme ? oui, sans aucun doute ;

mais elle s'arrête encore à mi-chemin. Écoutons ici un instant l'auteur lui-même. « Voilà déjà deux systèmes, dit-il, mais l'expérience survient qui leur oppose de graves difficultés. Pour n'en citer qu'une, si la vie n'est qu'un phénomène mécanique ou une combinaison chimique, d'où vient l'impuissance absolue de la physique et de la chimie à produire le plus petit être organisé ? nos chimistes font de l'urée, ils font de la stéarine, de la butyrine... que ne font-ils pas ? On assure que plus d'un se flatte d'arriver à quelque chose d'infiniment plus surprenant. Qu'est-ce à dire ? En reviendrons-nous aux illusions de l'alchimie ? En attendant qu'on nous fasse l'androïde tant espéré des sorciers du moyen âge, je demande qu'on me montre, je ne dis pas un insecte, mais le plus petit végétal, le moindre microderme, sorti des cornues de la chimie. » Je ne sais pas de réponse à cette question ; il n'y en aurait une que si l'hétérogénie était démontrée. Dans la pensée de M. Saisset, l'âme n'est pas plus que les forces cosmiques communes la cause efficiente de la vie, et il le démontre non moins péremptoirement, selon nous, que l'erreur de la conception précédente. Stahl a bien vu que la vie ne peut sortir des réactions de la matière sur elle-même, c'est là le coup d'œil du génie ; mais lorsqu'il pose que la vie n'est que l'âme en action inconsciente, il se perd dans une hypothèse indémontrable. Mais il faut lire dans l'auteur lui-même cette lumineuse discussion ; je ne veux pas l'éteindre davantage dans l'ombre de cette insuffisante analyse.

M. Albert Lemoine, ainsi que l'indique le titre même de son livre, a traité les mêmes questions, et aboutit aux mêmes conclusions. Seulement, ici l'analyse de la théorie de Stahl est beaucoup plus approfondie ; l'auteur descend des hauteurs où se tient constamment M. Saisset, pour suivre le médecin de Halle dans les applications de son système à la physiologie pathologique et à la thérapeutique, et met en un plus vif relief encore toute l'étendue de son erreur. Ces deux ouvrages se complètent en quelque sorte : et tous les esprits curieux voudront lire dans ces petits livres, écrits avec beaucoup de charme, comment des philosophes purs jugent de telles questions, et sous quels aspects particuliers ils s'appliquent à les considérer.

Nous ne dirons rien de l'ouvrage de M. Challemel-Lacour sur la philosophie individualiste ; c'est une étude originale qui marque bien une des nuances par lesquelles se distinguent dans leur évolution l'esprit allemand et l'esprit français, et qui montre dans son auteur une remarquable vigueur d'analyse jointe à une grande

sagacité. Nous passerons sous silence avec plus de regret encore le livre de M. Charles de Rémusat sur la philosophie religieuse. Nous n'en citerons qu'un mot qui en laissera pressentir l'esprit : « Notre temps, dit l'auteur, tourne à l'incrédulité absolue, et celui qui ne réhabiliterait que le déisme viendrait encore fort à propos...» L'ouvrage de M. Bouillier sur le plaisir et la douleur ne nous arrêtera pas davantage, bien qu'il semble moins s'éloigner que les précédents des études habituelles des médecins, parce que ces deux modes de l'être sentant ne sont considérés par l'auteur qu'au point de vue purement psychologique, et que, pour des physiologistes, c'est là une étude à peu près stérile.

Nous voudrions pouvoir nous étendre plus longuement sur le travail de notre honoré confrère, M. le docteur Edouard Aubert, *De la philosophie de la médecine;* mais lui-même nous a en quelque sorte interdit cette tâche, en déclarant que son livre ne s'adresse qu'aux gens du monde, et qu'il ne s'y propose qu'un seul but : *celui d'apprendre charitablement à chacun de ne pas se laisser tuer gratuitement par l'imprudente médecine, ou par le faux médecin.* On le voit, même ici, M. Edouard Aubert se montre armé en guerre pour procéder à l'exposition méthodique de la philosophie médicale, telle qu'il la comprend. Je ne sais jusqu'à quel point cette façon de procéder peut servir la fortune de la médecine dans l'esprit de ceux auxquels on s'adresse; ce que je sais, c'est que, dans l'état actuel de la science, la philosophie de la médecine est quelque chose de plus profond, de plus compréhensif que la maigre conception du pur traditionnalisme. Pour arriver jusqu'au tuf, jusqu'au terrain solide sur lequel repose l'édifice encore inachevé de la science, je me persuade que l'instrument dont dispose notre très-honoré et très-laborieux confrère n'a pas une trempe assez vigoureuse. « Le médecin rêvasse, dit-il quelque part, quand, engourdi dans ses utopies systématiques, il perd de vue les préceptes de la médecine traditionnelle ou orthodoxe; le médecin dort, quand exclusivement préoccupé de l'idée d'une cause physique ou matérielle, il abandonne les horizons limpides du cœur pour les méandres agités des organes. » Je ne voudrais pas être désobligeant pour un homme qu'anime un sincère amour de la science : mais en vérité, il faut bien le lui dire, ce n'est pas en suivant ces méandres-là qu'on peut jamais arriver à faire sortir d'une enquête sérieuse les enseignements positifs de la science du passé, ou à préparer à la médecine de plus larges bases dans l'avenir.

En résumé, nous ne saurions trop recommander aux lecteurs de

ce journal l'intéressante publication de M. Germer Baillière ; s'ils sont exposés à n'y trouver que par hasard quelques enseignements utiles pour leurs études bien délimitées, en revanche, ils y suivront pas à pas le mouvement philosophique contemporain, où leur esprit ne peut manquer de se retremper, et où ils acquerront les forces nécessaires pour suivre la science dans son évolution de plus en plus laborieuse, à mesure que les problèmes qu'elle se pose deviennent plus complexes.

Chaque épidémie de choléra en France a été l'occasion de travaux originaux, de recherches nouvelles, qui sont venus concourir à édifier une histoire à peu près complète de cette étrange maladie, inconnue chez nous avant 1832. La première visite du terrible fléau nous fut racontée par M. Gendrin dans une monographie à juste titre célèbre. En 1849, M. Briquet nous donna le récit des cholériques de la Charité dans un livre qui peut passer, avec raison, pour un traité dogmatique. D'autres, pendant l'intervalle de calme qu'ont laissé entre elles les épidémies, ont cherché à élucider la genèse et la prophylaxie du choléra, deux problèmes qui se présentent avec tout l'intérêt qui s'attache aux grandes questions humanitaires. Mais l'histoire du choléra n'est pas encore aujourd'hui suffisamment connue pour que les médecins, lorsqu'ils se retrouvent devant une nouvelle épidémie, dédaignent de diriger leurs investigations pour approfondir la nature de cette terrible maladie. Aussi le choléra de 1865 a-t-il déjà donné lieu à plusieurs articles de journaux importants où plusieurs médecins sont venus exposer le fruit de leurs observations et de leurs recherches. M. le docteur Decori vient, lui aussi, apporter sa part dans l'étude de la dernière épidémie. Placé comme interne dans un service de cholériques pendant l'année 1865, il a observé, sous la savante direction de M. le docteur Boucher de la Ville-Jossy, et a fait de ses recherches le sujet de sa thèse inaugurale. Mais il a élargi son cadre ; il ne s'est pas contenté d'analyser les matériaux recueillis dans son service, il a tracé l'histoire de tous les malades cholériques soignés à l'hôpital Saint-Antoine pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1865.

Le chiffre total de ses observations s'élève à 407 : ce qui permet à l'auteur d'envisager plusieurs questions importantes qu'il aurait été obligé de laisser de côté, s'il avait observé dans un cadre plus restreint. Après avoir donné rapidement une topographie des quartiers et de l'hôpital en question, l'auteur fait ressortir les bons effets de l'isolement des malades cholériques. Ainsi à Saint-Antoine,

où l'épidémie ne s'est montrée que le 2 octobre, il a été possible d'organiser des services spéciaux où l'isolement a été maintenu avec rigueur : aussi n'a-t-on constaté que 28 cas intérieurs dans cet établissement, qui comptait plus de 300 malades. M. Decori a observé plusieurs faits intéressants qu'il relate et qui lui permettent de se ranger sous la bannière des contagionnistes.

L'auteur établit les effets de l'influence épidémique sur tout le personnel de l'hôpital Saint-Antoine, où le choléra a trouvé deux victimes parmi les externes et une parmi les infirmiers; il examine ensuite l'influence du sexe, de l'âge, de l'acclimatement, des professions, etc.; il démontre l'inanité de l'action préservatrice et curative du cuivre, l'influence de la grossesse, de l'allaitement, de la menstruation. Arrivé à l'exposé des symptômes, il donne un tableau des malades aux diverses périodes, s'attachant à faire ressortir la physionomie spéciale, le cachet qu'a offert chaque phase de la maladie. Ce tableau est présenté avec clarté et précision; le malade est dépeint et suivi à toutes les périodes : invasion, état, algidité, réaction.

Dans des chapitres spéciaux, il a montré la variété des débuts, la variété des formes, indiquant partout avec netteté les différences d'intensité de l'influence épidémique. La diarrhée prodromique a manqué dans bien des cas; un tiers environ des malades ont eu un début brusque sans prodromes, deux cas seulement ont mérité le nom de *foudroyants*. Puis, à la période de réaction, l'auteur a bien dessiné les différentes formes qu'il lui avait été donné d'observer, il a mis en relief l'état typhique et la forme méningitique. Enfin, il a fait voir l'importance de quelques phénomènes critiques. Dans un article *Pronostic*, il a repris toutes les causes qui paraissaient avoir eu une influence sur la marche du choléra, il a étudié surtout certains symptômes dont il a indiqué avec soin la valeur pronostique; puis il a fait ressortir avec justesse l'influence réciproque du choléra sur les maladies antérieures et celle que ces maladies exercent sur le choléra.

Dans un article *Anatomie pathologique*, que nous aurions voulu voir plus complet, l'auteur nous donne le récit de quelques nécropsies intéressantes, mais nous regrettons de ne pas avoir vu l'auteur diriger ses recherches sur le grand sympathique : l'attention a été éveillée de ce côté, mais nous ne sachons pas encore qu'il y ait eu jusqu'à présent des résultats définitifs. Enfin, M. Decori termine par l'exposé des différents traitements employés à l'hôpital Saint-Antoine dans les trois services de cholériques. Nous avons déjà

donné dans ce journal, à plusieurs reprises, les différentes méthodes thérapeutiques mises en usage. Nous avons parlé du chlorure de sodium comme ayant rendu des services entre les mains de M. le docteur Xavier Richard; nous trouvons dans le travail de M. Decori quelques indications thérapeutiques qu'il a développées avec précision.

En résumé, le sujet traité par M. Decori est conçu avec un esprit pratique que l'on retrouve à chaque pas, avec un sens clinique qui fait voir que l'auteur a écrit son livre au lit des malades et sous l'inspiration d'observations journalières et continuelles.

Marseille, qui par sa position est en relation journalière avec le Levant, a été la première ville de France atteinte par le choléra, qui y a fait de nombreuses victimes. Pendant toute la durée du fléau, nos confrères de Marseille ont prodigué leurs soins à la population décimée, mais ils ont fait plus, ils se sont appliqués à chercher l'origine et la marche de l'épidémie, et le résultat de leurs recherches collectives se trouve on ne peut mieux résumé dans un rapport du docteur Bouisson, fait à la Société impériale de médecine de Marseille au nom d'une commission composée de MM. Seux, Sauvet, Mele, Roux, Villard et Mécénier.

Ce travail peut être cité comme un modèle du genre. Les premiers cas de choléra ont été notés avec soin, et les décès ont été classés par quartiers, par maisons. L'observation de tous les malades traités dans les hospices civils par MM. Seux et Rivière de La Souchère se trouve consignée dans des tableaux que l'on consultera avec fruit. Le nombre des malades fournis par les services administratifs, douane, octroi et autres établissements publics, est donné; et en regard figurent les observations météorologiques faites pendant toute la durée de l'épidémie, par M. Voigt, directeur de l'observatoire de Marseille.

De la lecture de ce travail découlent les considérations suivantes :

L'épidémie de choléra a été importée à Marseille par les paquebots d'Alexandrie, qui ont semé le fléau sur les trois lignes qu'ils desservent. La première ligne a infecté toute la côte de Syrie et Constantinople; la deuxième a donné le choléra à Ancone et à Trieste; la troisième l'a importé à Malte et à Marseille. Les villes voisines de Marseille n'ont dû le choléra qu'aux émigrants de cette ville. En faut-il davantage, dit le rapport que nous analysons, pour montrer que le choléra voyage avec les gens et non pas sur les ailes du vent et des courants atmosphériques? On ne saurait être plus contagionniste.

Au moment où l'épidémie a éclaté, les cas de diarrhée étaient très-rares comparativement aux autres années, et rien ne pouvait faire prévoir l'apparition du choléra ; c'est ce caractère négatif de la constitution médicale qui rend compte du peu de diffusion de l'épidémie. Aussi les choléras secs se sont montrés avec une fréquence inaccoutumée. Les cas foudroyants ont été nombreux et presque tous les malades ont succombé avant d'arriver à la période de réaction.

En somme, les conclusions de la Société impériale de médecine sont les suivantes :

Le choléra de 1865 a été importé d'Alexandrie.

L'épidémie, lente à se développer, a été aussi meurtrière que les précédentes à cause de sa longue durée et de la gravité des cas. Elle aurait été plus funeste encore si la constitution médicale régnante s'y fût prêtée et si la ville de Marseille ne se fût trouvée dans de bonnes conditions hygiéniques, grâce aux mesures récentes d'assainissement.

De bonnes mesures quarantenaires, rigoureusement appliquées, auraient pu empêcher l'importation de la maladie.

Ce travail fait le plus grand honneur aux médecins de Marseille, qui tous se sont empressés de fournir des matériaux au savant rapporteur, M. Bouisson. Ils ont bien mérité de l'humanité et de la science.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Tremblement mercuriel. Bons effets du bromure de potassium. — Depuis que les recherches de MM. Natalis Guillot et Melsens ont établi l'efficacité et la raison d'être de la médication par l'iodure de potassium pour combattre les affections mercurielles, en montrant que ce sel possède la propriété de rendre solubles les composés métalliques que l'économie peut garder et d'en faciliter l'excrétion à l'état d'iodures doubles, qui s'éliminent avec la plus grande facilité par les urines, ce traitement est devenu classique dans les cas d'intoxication mercurielle. L'analogie pouvait faire admettre que le bromure de potassium dût produire les mêmes effets, mais il appartenait à l'expérience de décider. C'est pourquoi nous publions l'observation suivante, qui montre que le bromure de potassium a agi avec une grande efficacité là où l'iodure de potassium laissait beaucoup à désirer.

Milachon (Jacques), âgé de trente-neuf ans, doreur sur métaux, entre à l'hôpital de la Charité le 26 février 1866, salle Saint-Charles, n° 1, service de M. le professeur Natalis Guillot, suppléé par M. Bucquoy, agrégé de la Faculté.

Cet homme, d'une bonne constitution et d'habitudes régulières, n'a jamais fait de maladie grave, mais l'influence pernicieuse de sa profession s'est fait sentir chez lui il y a déjà plusieurs années. Il y a six ans pour la première fois qu'il a commencé à être pris de tremblement dans les mains, tremblement qui disparut au bout d'un mois de traitement, consistant en bains de vapeurs.

Puis, il y a deux ans, le tremblement reparut, et le malade fut pris tout à coup de vertiges et perte de connaissance, il fallut le reporter chez lui, et le lendemain il entra dans le service de Beau, où il resta deux mois. Il a pris successivement de l'iodure de potassium, du sulfate de quinine et de l'arsenic (solution de Boudin). Au bout de ce temps, le tremblement avait cessé; mais le malade est resté sujet à de la céphalalgie et à des vertiges presque incessants.

Depuis deux ans, cet homme éprouve des maux de tête et des vertiges assez pénibles. Puis, il y a six mois, le sommeil a disparu, la céphalalgie devint plus forte; au mois de décembre dernier survint une perte de connaissance subite sans attaque convulsive; au mois de janvier, le tremblement reparut, et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

On constate l'état suivant: tremblement des mains tellement intense, que le malade ne peut lever aucun objet, ne peut manger ni écrire. Tremblement marqué du cou et des membres inférieurs. La marche est facile et assez sûre.

Maux de tête constants et très-violents sans siége fixe. Insomnie opiniâtre depuis six mois. Nuits pénibles, troublées par des cauchemars et des rêvasseries. Quelques troubles de la vue. Perte de la mémoire. Un peu d'embarras de la parole. L'intelligence du reste bien conservée. Pas la moindre trace de salivation mercurielle. Les dents sont très-saines, les gencives ne sont pas altérées, mais, à plusieurs reprises, le malade les a eues molles et saignantes. Appétit conservé.

Il est soumis au traitement suivant: bains alcalins; iodure de potassium, 4 grammes.

Aucune amélioration ne se produisant, l'iodure de potassium fut successivement élevé à la dose de 5, puis de 6 grammes. Le malade se plaignait toujours de ne pouvoir dormir; la céphalalgie était toujours aussi pénible, et le tremblement n'avait pas diminué,

comme il était facile de s'en assurer en le faisant écrire. Une pilule d'opium de 5 centigrammes fut prescrite tous les soirs, mais sans amener de sommeil.

C'est alors que, le 12 mars, M. Bucquoy, comptant surtout sur les propriétés hypnotiques du bromure de potassium, fit suspendre l'iodure de potassium et le remplaça par une potion contenant 2 grammes de bromure de potassium, à prendre dans la journée. Dès le soir même, l'insomnie fut moins pénible; le malade, qui la veille n'avait dormi qu'une heure, put reposer cinq heures. Même traitement.

Le 13 mars. Cinq heures de sommeil; céphalalgie moindre. Même dose de bromure.

Le 14. Sept heures de sommeil.

Le 16. La nuit a été bonne; huit heures de sommeil. Les maux de tête ont complétement disparu, au dire du malade; les vertiges seuls persistent. Le tremblement des mains s'est en même temps amélioré, à tel point que le malade peut écrire.

Le 17. Le malade a dormi dix heures. Il a fallu le réveiller pour faire son lit. Il y a encore du tremblement des mains, mais bien moins considérable. On continue le bromure de potassium à la même dose.

Le 18. Comme le malade prenait tous les soirs une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigrammes, on la supprime, et sous l'influence du bromure seul, le sommeil se maintient.

Le 20. Le malade est pris de toux avec fièvre. Céphalalgie; bronchite intense; râles dans les deux poumons. On supprime le bromure.

Les jours suivants, le malade reste au lit; il a des quintes de toux fréquentes la nuit et dort mal. Traitement ordinaire de la bronchite : tisane pectorale, kermès, repos au lit.

Cet état continue jusqu'à la fin du mois, époque à laquelle la bronchite a disparu; le sommeil est irrégulier, fugace, meilleur que lors de l'entrée du malade à l'hôpital, mais, en somme, les nuits sont très-pénibles.

Le 31. On remet le malade au bromure de potassium, 2 grammes.

1er avril. Bonne nuit. Le malade a dormi et ne s'est réveillé que deux fois.

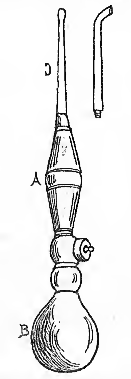
Les jours suivants, sous l'influence de la même dose du médicament, les nuits ont été très-bonnes et l'amélioration a reparu.

Sortie de l'hôpital le 15 avril, dans un état satisfaisant. Le tremblement a disparu, les nuits sont calmes, et le malade ne se plaint plus que de ses vertiges. F. Bricheteau.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de l'angine couenneuse et du croup par l'insufflation du nitrate d'argent pulvérisé. M. le docteur Guillon se loue beaucoup des insufflations d'azotate d'argent pulvérisé pour prévenir et arrêter le dévelop-



pement des fausses membranes. Grâce au moyen d'un insufflateur, on peut projeter la poudre caustique dans le pharynx, derrière les piliers du voile du palais et jusque dans les bronches. L'instrument se compose d'un barillet en bois A où l'on met la poudre, d'une bouteille en caoutchouc B, qui remplit l'office de soufflet, et de deux canules de rechange, l'une droite, C, qui conduit directement au pharynx ; l'autre courbe, qui doit faire pénétrer le caustique dans le larynx. La portion du barillet à laquelle sont adaptées les canules de rechange est pourvue d'un petit tamis, afin que la poudre soit convenablement divisée lorsqu'elle sort de l'instrument, et qu'elle ne tombe pas en masse sur l'endroit où elle est projetée.

Le malade auquel on pratique des insufflations pharyngiennes doit être maintenu convenablement, la tête renversée et immobile. L'opérateur, placé en face de lui et un peu à droite, abaisse la langue avec le manche d'une cuiller tenue de la main gauche et l'autre tient l'insufflateur. En comprimant rapidement la bouteille en caoutchouc et prenant son point d'appui sur l'arcade dentaire supérieure avec la canule droite, il projette la poudre sur les couennes diphthéritiques et sur la membrane muqueuse du pharynx, de la trachée-artère et des fosses nasales. On doit comprimer fortement la bouteille, en lui faisant exécuter cinq ou six rotations. Cette opération se faisant en deux ou trois secondes, et la douleur produite par la poudre de nitrate d'argent ne se développant qu'un peu plus tard, si le malade présentait quelques symptômes de croup commençant, on devrait pratiquer les premières insufflations au moment où il fait une forte inspiration, afin que la poudre puisse pénétrer dans le larynx et arrêter l'affection croupale à son début et avant que la douleur soit développée. Les couennes diphthéritiques se reproduisant quelquefois, on a recours à une nouvelle insufflation de nitrate d'argent.

Lorsque l'insufflation est terminée, on doit nettoyer la canule de l'insufflateur et conserver dans un petit flacon bien bouché la poudre d'azotate d'argent.

M. Guillon avait d'abord employé le nitrate d'argent fondu, mêlé à du charbon pulvérisé ; mais ayant bientôt reconnu qu'il n'y avait aucun inconvénient à l'appliquer seul, il a abandonné le mélange. Plus tard, l'expérience ayant montré que la pierre infernale laissait dans la bouche un goût plus désagréable que le nitrate d'argent cristallisé, il employa ce der-

nier pur, bien pulvérisé et bien desséché. Quand il est humide, on le sèche en l'exposant dans une cuiller d'argent à une chaleur convenable sur une bougie ou sur quelques charbons ardents.

A l'appui de cette méthode, M. Guillou rapporte trois exemples de guérisons des plus probantes, et nous croyons qu'il y a lieu de l'expérimenter. (*Gazette des hôpitaux.*)

Nouveau traitement de l'anthrax. Le moment semble opportun pour signaler le procédé chirurgical appliqué par M. Foucher, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, à la cure de l'anthrax.

Cette affection, malgré la bénignité qu'on lui prête, ne laisse pas d'avoir assez fréquemment des suites fort graves; et la discussion récente qui a occupé plusieurs séances de l'Académie de médecine prouve bien qu'à cet endroit l'opinion des chirurgiens les plus distingués est unanime.

Dans la chronique du dernier numéro de cette revue, un spirituel rédacteur écrivait avec justesse qu'il était des procédés dont la hardiesse était seule permise aux chirurgiens qui, comme celui qui préconise les incisions multiples et rayonnées, jouissent d'une réputation telle qu'il ne prend jamais envie aux clients qui les appellent de discuter leurs avis. Mais, pour les jeunes chirurgiens qui ne sont pas encore arrivés à cet apogée, ils rencontrent des clients exigeants qui ne se soumettent qu'aux procédés chirurgicaux les moins énergiques. De là les caustiques, les ponctions sous-cutanées, les incisions qui se cachent sous la peau, etc.

Dans le procédé qu'emploie M. Foucher, l'instrument tranchant ne joue aucun rôle, le caustique est exclu, et il suffit pour tout appareil chirurgical d'une ventouse à pompe; le mode d'emploi de cet instrument ressortira clairement de l'observation suivante recueillie à l'hôpital Saint-Antoine, et dans laquelle ce nouveau procédé a été couronné d'un plein succès.

Le 8 mars 1866, le nommé Fragier (Jean-Louis), âgé de quarante-huit ans, ébéniste, entrait au n° 21 de la salle Saint-Barnabé. Cet homme, d'une bonne santé habituelle, porte à la région dorsale gauche, au niveau de l'épine de l'omoplate, une tumeur qui offre tous les caractères de l'anthrax et dont le malade fait remonter l'origine à quinze jours.

Cette tumeur a le volume d'un œuf de poule, elle est molle au toucher sans fluctuation évidente, elle est mal limitée et siége au milieu d'un empâtement assez considérable; la peau qui la recouvre est rouge-violacée; cette coloration s'étend autour de la tumeur d'une manière diffuse; sur la partie la plus tuméfiée la peau est criblée de petits pertuis laissant suinter un pus séreux et sanguinolent; la température est élevée au niveau de la tuméfaction, et les douleurs, qui sont lancinantes, s'exaspèrent à la pression; l'état général du malade est bon; il y a peu de fièvre.

C'est alors que M. Foucher eut l'idée d'expérimenter un procédé se recommandant par la facilité de son application, qui le met à la portée de tous les praticiens. Il se fit apporter une ventouse d'un diamètre de 4 à 5 centimètres, à laquelle était adapté un corps de pompe; il plaça cette ventouse sur le sommet de la tumeur, et, à l'aide du corps de pompe, il fit le vide. La cavité de la ventouse ne tarda pas à se remplir de pus sanguinolent et des parcelles mortifiées qui remplissaient la tumeur; cette ventouse fut laissée en place durant quelques instants, et, lorsqu'on l'enleva, le premier effet produit fut, outre le détergement de la tumeur, la disparition de la douleur.

Il fut fait trois applications de la ventouse à un jour de distance; chaque fois la tumeur était vidée du détritus organique qu'elle contenait, et, à la troisième application, la portion de peau qui la recouvrait se détacha, laissant à nu une plaie de bonne nature entièrement détergée et commençant à se couvrir déjà de bourgeons charnus; les bords de la solution de continuité étaient irréguliers, taillés à pic et un peu décollés, la suppuration de bonne nature: on panse avec des cataplasmes émollients, et la plaie entre dans une période de réparation qui se continue sans accident jusqu'à la guérison du malade, arrivée dans les derniers jours de mars.

Cette observation nous montre une ressource chirurgicale imprévue qui, outre son ingéniosité, est d'une application peu douloureuse, et dont l'appareil simple et à la portée de tous ne saurait effrayer le malade le plus pusillanime. De plus, cette méthode répond avantageusement aux desiderata chirurgicaux formulés dans la discussion académique; elle déterge sans débrider, et semble par là défier l'ú-

résipèle et les autres complications que l'on peut redouter dans le traitement de l'anthrax. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales.*)

De la fève de Calabar dans les affections nerveuses. Le docteur Mac Laurin, médecin de l'hopital de Greenwich à Londres, a essayé depuis six mois avec avantage la fève de Calabar dans diverses affections nerveuses; il l'a surtout trouvée utile dans le traitement de la chorée, et rapporte à l'appui de son assertion le cas suivant : Un garçon de neuf ans, affecté depuis plus d'un mois d'une chorée rebelle à divers traitements, et particulièrement aux toniques, présentait, outre les phénomènes propres, une difformité très-marquée, une inhabileté à tenir n'importe quel objet, et impossibilité de se nourrir lui-même, avec un amaigrissement général.

Le docteur Mac Laurin prescrivit trois fois par jour une cuillerée à café de la potion suivante : liqueur de fève de Calabar, deux onces; glycérine et eau pure *aa*, une once. Sous l'influence de ce traitement, l'enfant guérit graduellement, de sorte qu'à la fin de juillet il était en état de se vêtir seul, à la fin d'août tout symptôme avait disparu, et l'enfant fut envoyé à la campagne en convalescence.

On emploie aussi la fève de Calabar, dans le même hôpital, contre les convulsions générales. (*Giornale med. di Roma.*)

Le verre liquide [1] appliqué à la chirurgie. Le professeur Schuh a fait, le 14 juillet, à la Société médicale de Vienne, une communication sur un nouvel appareil contentif. Le verre liquide, déjà employé dans un but thérapeutique pour protéger les parties contre l'humidité, a été récemment appliqué pour assurer la contention, comme l'amidon, la dextrine et le plâtre. Le professeur Schuh l'a essayé le premier à Vienne et avec succès dans un cas d'arthrite huméro-cubital. Il ne faut pour cet appareil que des bandelettes de fil, ou de coton, ou de papier sans colle, et du silicate de potasse ou verre liquide tel qu'il se trouve dans le commerce. On en étend une couche sur les bandes avec un gros pinceau, et on opère ensuite comme avec les autres moyens contentifs.

Les avantages de cet appareil contentif sont les suivants :

1° Sa simplicité et la facilité avec laquelle on l'applique;

2° Il se sèche et se durcit promptement, car il ne lui faut que cinq ou six heures, tandis que les appareils de colle et de dextrine ont besoin de plusieurs jours pour sécher. Pour activer la dessiccation, on peut se servir d'un liquide évaporé jusqu'à consistance sirupeuse.

3° Il est très-solide et imperméable;

4° Il peut s'enlever très-facilement, en le faisant immerger dans l'eau chaude;

5° Il est très-économique.

On peut, avant d'appliquer les bandes, enduire le membre avec le verre liquide, qui reste imperméable dans le cas où les bords de l'appareil ne seraient pas immédiatement appliqués sur le membre.

A l'hôpital général de Venise, le docteur Angelo Minich s'est servi avec grand avantage de ce moyen de contention dans trois cas de coxalgie, dans sept cas de fracture et dans trois cas de maladie de l'articulation du genou. Cet appareil a sur tous les autres l'avantage de sa solidité et de sa dureté. Il est vrai que le plâtre se consolide plus promptement que le verre liquide; mais les appareils de plâtre sont très-pesants, tandis que les appareils construits avec le verre liquide sont très légers.

Le docteur Minich commence par entourer le membre avec de la ouate qui a l'avantage de garantir le membre de toute compression. Le moyen conseillé par le docteur Schuh pour ôter l'appareil n'est pas aussi facile qu'il le dit, aussi le docteur Minich recommande de faire tenir quelque temps la partie dans un bain chaud. On peut aussi couper l'appareil longitudinalement pour visiter la partie malade, et le refermer de nouveau.

En somme, nous pensons que ce nouveau procédé chirurgical, qui présente tant d'avantages, sera dans peu de temps généralement apprécié et employé avec succès par la majorité des praticiens. (*Giornale Veneto.*)

---

[1] Le verre liquide est ce qu'on appelle en France le verre fusible de Fuchs ou silicate de potasse. Soluble dans l'eau chaude, il ne se dissout pas dans l'eau froide. On s'en est servi pour rendre incombustibles les décors de théâtre.

Emploi de l'iodoforme dans le cancer de l'utérus. M. Greenlagh, de St.-Bartholomew's hospital, emploie depuis quelque temps l'iodoforme dans certains cas de cancer du col utérin. Ce médicament remplit deux indications : 1° il diminue les douleurs causées par le cancer; 2° il a un pouvoir désinfectant assez considérable. On le donne à l'intérieur, en pilules, à la dose de 15 à 25 centigrammes; et M. Greenlagh prétend qu'il agit non-seulement comme sédatif, mais encore en enrayant la marche de l'affection. — Localement, on l'emploie à la dose de 5 centigrammes, incorporé dans du beurre de cacao, et il est ainsi porté sur le col de l'utérus. Ce médicament est malheureusement doué d'une odeur assez désagréable.

Si M. Greenlagh s'est en général bien trouvé de l'emploi de l'iodoforme comme sédatif, il n'en est pas de même de M. Nunn, de Middlesex-hospital. Ce dernier l'a employé dans un certain nombre de cancers et d'épithéliomes de l'utérus, des lèvres, de la langue, enfin dans quelques cas de névralgie faciale, et de ces expérimentations assez nombreuses, il conclut que si localement l'iodoforme agit assez bien pour diminuer la douleur, pris à l'intérieur c'est un agent des plus infidèles; qu'enfin, en donnant par jour 25 centigrammes d'iodoforme, on n'a pas une sédation plus grande qu'avec 5 centigrammes, mais qu'on a le désagrément de provoquer des nausées. (*The Lancet.*)

Traitement de l'alopécie. Ce traitement est formulé de la manière suivante par M. Hardy.

1° *Alopécie congénitale.* — Elle est au-dessus des ressources de l'art; mais essayez les toniques généraux, les bains sulfureux, les irritants sur la tête.

2° *Alopécie idiopathique.* — A un certain âge, on le sait, les cheveux tombent, mais nous pouvons retarder cette chute par des frictions avec l'alcoolat de mélisse, de romarin, avec des lotions au rhum, à l'eau-de-vie, avec des pommades astringentes au tannin ou à l'acide gallique, indiquées surtout chez les individus qui transpirent beaucoup de la tête. La teinture de cantharides, l'ammoniaque, l'huile de ricin unie à la moelle de bœuf, sont encore des moyens à employer. On aide l'action de cette médication locale en conseillant de porter les cheveux courts.

3° *Alopécie symptomatique.* — Dans le chloro-anémie, dans l'anémie que laissent les maladies graves et l'accouchement, on doit d'abord combattre la faiblesse générale par une médication reconstituante, par le fer, le quinquina, une alimentation réparatrice, puis s'opposer par un traitement local au défaut de viabilité du follicule pileux. Dans ce cas, on peut employer avec avantage les lotions alcooliques et les pommades irritantes, telles que celles à l'huile de croton ou à l'acide gallique. Nous nous servons ordinairement de la pommade suivante :

Moelle de bœuf....	60	grammes.
Huile de ricin	30	—
Acide gallique	3	—
Teinture de romarin.	5	—

Quand l'alopécie est due à une affection particulière du cuir chevelu, les pommades irritantes augmentent la chute des cheveux. Dans ces cas, il ne faut pas s'occuper de l'alopécie, mais diriger les moyens de traitement contre la maladie principale : celle-ci disparue, les cheveux repoussent.

Il en est de même de l'alopécie qui survient par suite de la présence des parasites. On doit les détruire par les moyens spéciaux.

Enfin l'alopécie persistante, qui devient chez quelques personnes la source de maladies, réclame un traitement palliatif, — l'emploi d'un bonnet ou d'une fausse chevelure, — qui deviennent le moyen prophylactique par excellence contre les coryzas, les bronchites ou les douleurs de tête.
(*Gazette des hôpitaux.*)

Crayons de charbon pour remplacer le cautère actuel. Plusieurs médecins ont eu l'idée de remplacer dans certains cas le cautère actuel et tout son sinistre attirail par de petits crayons de charbon qui s'allument et brûlent comme un cigare. La partie allumée est en incandescence sur la longueur d'un centimètre environ et se termine en pointe fine et régulière, quelles que soient la forme et la grosseur du crayon. Le crayon est assez résistant pour ne pas se rompre, ni laisser échapper de parcelles enflammées quand on l'applique perpendiculairement; si on l'appliquait obliquement, sa résistance serait beaucoup moindre. Voici la formule qui a paru

donner les meilleurs résultats à M. Bretonneau :

Poudre de charbon léger. .	20
Azotate de potasse.	1,50
Gomme adragant.	5
Eau.	24

On fait une masse pilulaire, qu'on roule en petits cylindres gros comme un crayon ordinaire et longs de 10 centimètres environ. Ces crayons donnent très-peu de cendre; on peut, du reste, l'enlever en soufflant dessus, et par là raviver la combustion. (*Répert. de pharm.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Végétation épithéliale syphilitique du larynx. Ce fait, probablement le premier observé en province à l'aide du laryngoscope, puisqu'il date du mois de septembre 1860, a été pour M. Guinier l'occasion d'expériences intéressantes sur la sensibilité tactile du larynx et de la trachée-artère, et sur certains phénomènes spasmodiques de la glotte que l'on rencontre dans le croup et dans la coqueluche.

En effet, M. Guinier a pu, dans ses essais successifs, introduire 12 centimètres d'une sonde uréthrale en caoutchouc, munie d'un mandrin, en travers de la glotte de son malade jusque dans les profondeurs de la trachée, sans provoquer de sensation pénible. La perception du corps étranger dans la trachée était nulle.

De plus, les premières cautérisations avec la solution la plus concentrée de nitrate d'argent provoquaient instantanément une occlusion complète et convulsive de la glotte, constatée par le laryngoscope, avec menace de suffocation pendant quelques secondes, que M. Guinier compare aux excès asphyxiques du croup et de la coqueluche.

M. Guinier conclut en disant qu'il croit avoir démontré expérimentalement:

1° L'utilité et la nécessité de l'examen laryngoscopique pour le diagnostic positif et la cure radicale des maladies du larynx et des altérations de la voix.

2° La facilité quelquefois étonnante mais toujours très-réelle de cet examen, pourvu qu'il soit fait avec une dextérité suffisante.

3° L'indifférence remarquable spontanée ou acquise de la muqueuse du pharynx, du larynx et de la trachée en général au contact des corps étrangers, et la localisation d'une sensibilité spéciale sur la base de la langue, la face laryngée de l'épiglotte et les ligaments vocaux.

4° Le mécanisme des accès de suffocation de certaines maladies, telles que le croup et la coqueluche, par exemple, par l'occlusion toute spasmodique et plus ou moins complète et durable de la glotte.

5° Enfin la facilité d'obtenir par une action méthodique et locale la guérison d'altérations pathologiques ou de productions organiques anormales situées dans la profondeur du larynx. (*Acad. de méd.*, 3 avril 1866.)

Amanitine, poison narcotique des champignons. M. Letellier est parvenu à isoler le principe actif des champignons auquel il a donné ce nom. Il a expérimenté son action sur des animaux, et il a noté des symptômes analogues à ceux que Cl. Bernard, Lecomte, Debout et Béhier ont décrits à la suite de l'administration de la narcéine. Il est même d'avis qu'on pourrait avantageusement essayer l'amanitine dans des cas où l'opium est indiqué. Il passe ensuite en revue les différentes substances qui ont été préconisées comme contre-poison des champignons, et il conclut qu'on doit surtout avoir confiance dans les préparations de tannin. Il termine et résume son travail dans les propositions suivantes :

Les champignons vénéneux du genre agaric, section des amanites, doivent leur action mortelle au même principe narcotique alcalin fixe incristallisable, ne précipitant par rien autre que par l'iode ou le tannin, et qui doit conserver le nom d'*amanitine*.

Les autres espèces confondues sous le nom d'*agaric bulbeux* possèdent en outre un principe âcre délétère.

Le meilleur traitement consiste dans les vomi-purgatifs huileux, additionnés et suivis de tannin en décoction aqueuse très-concentrée. (*Académie de médecine.*)

Procédé d'analyse du glucose dans l'urine. Ce procédé d'analyse quantitative, dû à M. G. Bergeron, est d'une exécution facile. On

a, dans une petite cuve à mercure, deux tubes gradués d'égal volume : dans l'un on introduit 2 centimètres cubes d'une solution *titrée* de glucose; dans l'autre le même volume de l'urine à analyser On met dans chacun des deux tubes un fragment de levûre fraîche ; et on laisse fermenter.

On compte sur les divisions des deux tubes gradués les volumes différents des gaz provenant des deux fermentations, et par un calcul proportionnel on arrive exactement à la quantité de sucre existant dans l'urine à analyser.

Supposons, par exemple, que le premier tube (renfermant 5 milligrammes de glucose) donne un volume de gaz correspondant à vingt-quatre divisions du tube. Le second donnant un volume correspondant à seize divisions, on en déduira (*les deux fermentations s'étant accomplies dans des conditions de pression et de température identiques*) que la quantité de sucre contenue dans les deux centimètres cubes d'urine est de 55 milligrammes, et que cette urine renferme pour 1,000 parties 10,5 de sucre. (*Société de biologie.*)

VARIÉTÉS.

Assemblée annuelle de l'Association générale des médecins de France.

L'Association générale des médecins de France a tenu sa septième assemblée générale le dimanche 8 avril, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique.

Le président, M. Rayer, était assisté des vice-présidents, des membres du conseil général et du conseil administratif.

L'assistance était nombreuse et distinguée. Sur 96 sociétés, 80 étaient représentées par des délégués, parmi lesquels nous citerons : MM. Cazeneuve de Lille, Diday de Lyon, Jeannel de Bordeaux, Bardinet de Limoges, Jacquemet de Montpellier, Delvaille de Bayonne, Penquet de Brest, Pinaut de Rennes, Rousseau d'Epernay, Villemin de Strasbourg, Vingtrinier de Rouen, Padieu d'Amiens, Marchand de Toulouse, Bunnel de Poitiers, etc., etc.

Après le discours de M. Rayer, que nous reproduisons plus loin, M. Legouest a exposé les actes de la Société centrale, et M. Henri Roger, secrétaire de la Commission de la souscription du monument à élever à Laennec, a exposé la situation de cette souscription. Grâce aux libéralités du corps médical de la France entière, 20,000 francs sont déjà réalisés et Laennec aura un monument digne de sa grande mémoire. La lecture de ce rapport a tenu toute l'assemblée sous le charme, et a été à plusieurs reprises interrompue par les applaudissements.

Puis, M. Amédée Latour, avec ce tact exquis qu'il apporte à tout ce qu'il touche, a su tracer dans un brillant tableau les progrès de l'Association.

Nous empruntons aux rapports du secrétaire général et du secrétaire de la Société centrale l'exposé de la situation financière et morale de l'Association à laquelle nos lecteurs, nous nous plaisons à le croire, sont tous intéressés.

Voici la situation présente de l'Association générale :

Les sociétés locales sont au nombre de 96, disséminées dans 77 départements et 2 colonies. Il ne reste plus que 12 départements où l'Association ne se trouve pas encore représentée.

L'Association réunit aujourd'hui 6,209 membres : 197 d'excédant sur le chiffre de l'année dernière.

En tenant compte des sociétaires décédés, l'excédant est de 525 membres nouveaux.

Le tableau suivant représente l'avoir de l'Association, au 1er janvier 1866, dans les divers éléments de l'Œuvre :

Caisse générale................................	60,277	65
Caisse des pensions viagères d'assistance...........	71,466	80
Sociétés locales (y compris la Société centrale)......	295,532	61
Total de l'avoir.....	427,277	06
A l'exercice précédent, l'avoir était de.............	387,056	41
Il existe donc pour le présent exercice un excédant de	40,220	65

Les dons et legs faits à l'Association pendant le dernier exercice s'élèvent à la somme de 3,520 francs.

Les dons et legs faits à la Caisse des pensions viagères sont de 6,561 fr. 80 c. Les dons aux sociétés locales, de 2,221 fr. 85 c.

L'Association, dans l'ensemble de l'Œuvre, a reçu pendant le dernier exercice, en dons et legs, la somme de 12,103 fr. 65 c.

Voici en quels termes M. le rapporteur expose le mécanisme financier de l'Œuvre de l'Association générale :

L'ensemble financier de l'Œuvre est constitué par trois caisses distinctes, et auxquelles ressortissent un fonctionnement et des devoirs particuliers :

1° La Caisse générale, alimentée par le droit d'entrée des membres dans l'Association générale et par le dixième des revenus des sociétés locales.

Les devoirs de cette Caisse consistent à donner des subsides aux sociétés locales dont le fonds de secours est épuisé ; à doter la Caisse des pensions viagères d'assistance; à lui verser tous les ans une somme de 6,000 francs, et toute somme excédant celle de 50,000 francs, qui constitue le maximum de son fonds de réserve.

La Caisse générale, comme on le voit, ne peut donc jamais posséder qu'une somme de 50,000 francs.

2° Il n'en est pas ainsi de la Caisse des pensions viagères d'assistance. Celle-ci est destinée à s'enrichir sans cesse. Jusqu'en 1878, elle se trouvera placée dans cette condition de recevoir toujours sans jamais dépenser. Les revenus de 6,000 francs que lui fait la Caisse générale, les intérêts du capital s'accumulant tous les jours, les dons et legs qu'elle reçoit et qu'elle ne manquera pas de recevoir de plus en plus, voilà les sources diverses de sa fortune croissante, auxquelles il faut joindre comme très-probable le versement de l'excédant de 50,000 francs de la Caisse générale.

Cette fondation de la Caisse des pensions viagères a été le complément de la fondation de l'Association générale. L'exercice dernier se fermait pour elle avec un avoir de 38,227 fr. 50 c.; la fin de l'exercice actuel lui donne un avoir de 71,466 fr. 80 c.; c'est une augmentation, en un an, de 33,239 fr. 30 c.

3° Vient enfin la Caisse des sociétés locales qui représente en ce moment un avoir de 295,532 fr. 61 c.

Pendant cet exercice, le conseil général n'a alloué de subside qu'à une seule société locale. Une somme de 600 francs lui a été votée et a paru suffisante pour le but d'assistance qu'elle voulait atteindre.

Parmi les sociétés locales, 38 ont eu à ouvrir leur caisse, soit à des associés malades ou malheureux, soit à leurs veuves, soit à leurs enfants.

Le chiffre des secours accordés pendant l'exercice s'élève à la somme de 17,107 fr. 70 c.

L'Association a distribué jusqu'à ce jour, c'est-à-dire en quatre ans, en secours, la somme de 56,009 fr. 10 c.

L'Association ne s'est pas bornée à des secours en argent : plusieurs sociétés locales ont usé de leur influence pour obtenir des emplois à des veuves ou des filles de sociétaires, des bourses à leurs fils ; d'autres sont intervenues utilement, par leur concours moral, dans des conflits où se trouvaient engagés quelques-uns de leurs membres. Enfin, un grand nombre de sociétés locales et l'Association générale, à leur instigation, se sont préoccupées des projets de législation nouvelle sur l'exercice de la médecine, de l'exercice illégal et de diverses autres questions se rattachant aux droits professionnels des médecins.

Après le rapport sur les actes de l'Association générale, un mot du rapport sur les actes de la Société centrale.

La liste générale des membres de la Société centrale, arrêtée le 2 février 1866, comprend 701 membres ; l'an dernier, à pareille époque, elle n'en comptait que 642 ; elle en a gagné 59 pendant l'année courante.

Dans le cours de l'année 1865 expirait la période de cinq ans dévolue aux fonctions de membre de la Commission administrative de la Société centrale ; le conseil général de l'Association a réélu tous les membres sortants et a remplacé les membres décédés ou empêchés par leurs fonctions, par MM. les docteurs Cerise, Bucquoy et Le Roy de Méricourt.

Voici la situation financière de la Société centrale au 1er janvier 1866 :

Le solde restant en caisse au 1er janvier 1865, le produit des droits d'admission de 25 sociétaires nouveaux, et celui des cotisations de 1865, ainsi que les intérêts des fonds placés, constituent le total de 13,560 fr. 65 c.

Les emplois des fonds et dépenses de 1865 se décomposent comme il suit :

Secours accordés par la Société....................	4,110	»
Versements à l'Association générale................	1,467	75
Fonds déposés à la Caisse des dépôts et consignations.	4,000	»
Dépenses de secrétariat et du trésorier, impressions, distributions, timbres-poste....................	490	»
Frais de recouvrements des cotisations et droits d'admission....................................	450	»
Liquidation du compte de l'*Annuaire*..............	420	»
Total.....	10,957	75

BALANCE DE 1865.

Recettes augmentées de l'encaisse existant au 1er janvier 1865..................................	13,560	65
Emplois et dépenses de 1865....... 10,937 75 Reste en caisse le 1er janvier 1866.. 2,622 90	13,560	65

L'avoir de la Société centrale se compose, au 1er janvier 1866, de :

1° Sommes en dépôt à la Caisse des dépôts et consignations..................................	30,800	»
2° Somme en caisse de la Société centrale..........	2,622	90
3° Deux titres de rente français 3 pour 100 ensemble de 60 francs................................	1,320	»
Avoir de la Société centrale au 1er janvier 1866....	34,742	90
L'an dernier, à pareille époque, l'avoir était de......	29,154	17
Différence en faveur de 1865.....................	6,588	73

Voici l'allocution de M. Rayer :

Messieurs, chers collègues,

Au mois d'octobre dernier, un malheur public ne permit pas au conseil général de nous réunir. Il ne fallut pas moins qu'une telle circonstance pour faire ajourner notre réunion annuelle, cordiale solennité qui amène à côté les uns des autres d'anciens amis, de vieux camarades d'études, des praticiens considérables, des chefs d'école, des hommes éminents. Il n'aurait pas été convenable, au milieu d'une épidémie et du deuil qu'elle sème, de célébrer notre fête médicale; il aurait été injuste de détourner des lieux où elle sévissait des hommes nécessaires.

Les médecins se sont, comme toujours, montrés secourables serviteurs de la société. C'est leur devoir, dit-on souvent, et l'on se croit quitte. Cette fois, le gouvernement a témoigné pour leurs efforts plus de reconnaissance en décernant à plusieurs de nos confrères et aux élèves qui les ont aidés d'honorables récompenses.

Remercions comme il convient; mais souvenons-nous que notre plus belle récompense est toujours quand on dit de notre profession, dans les sévères épreuves, que son devoir est le dévouement et l'intrépidité, et qu'elle est fidèle à son devoir.

Les années, qui vieillissent les hommes, grandissent les institutions et les corps. Dans les réunions précédentes, mon premier soin était de noter complaisamment le nouvel intervalle de douze mois traversé avec succès et progrès. Aujourd'hui, un pareil soin est superflu. L'Association a étendu ses racines de tous les côtés : sa vie est énergique, ses ressources sont grandes, ses affaires sont considérables; ce n'est plus un enfant dont on surveille la croissance avec sollicitude, c'est un adulte à qui on demande virilement compte de ses actes.

L'année 1865 devait être et a été une espèce de crise pour l'Association; car c'était le terme où les présidents allaient être renouvelés. Cette crise est devenue une consécration : presque tous les anciens présidents ont été renommés, et une nouvelle période de cinq ans s'ouvre devant nous au zèle individuel et au zèle collectif, fortifiés l'un et l'autre par l'expérience et par la confiance.

Pour moi, j'ai dû ma nomination au choix primitif de la Commission organisatrice, aux marques de sympathie des sociétés locales et de leurs délégués, à l'honneur que me fit, dans le temps, le comité de Bordeaux en me remettant la laborieuse et délicate entreprise de tenter une Association générale. Aujourd'hui, en témoignant ma vive reconnaissance à l'Empereur, qui s'est fait le protecteur, le donateur de notre Œuvre, et qui depuis sa fondation n'a cessé d'y porter un sensible intérêt, je saisis cette occasion solennelle pour renouveler mes engagements envers l'Association. Ce serait manquer à la modestie que de parler de services, ce n'est pas y manquer que de parler de dévouement.

C'est de dévouement et de services que j'ai à remercier, au nom du conseil général, notre infatigable secrétaire général et notre conseil judiciaire et administratif qui, par l'entremise de MM. Davenne, Andral, Bosviel, Mathieu et Guerrier, a pris en mains nos droits et nos intérêts partout où ils se sont trouvés engagés; à remercier la Société centrale, notre Société locale à Paris, domicile des médecins qui n'ont pas de domicile, et qui a été l'active distributrice d'importants secours.

La force de l'Association est dans les sociétés locales : chacune est un citoyen

dans notre petit Etat, une tête dans la communauté. Elles sont éclairées, actives, libres, attachées à leurs droits et à leurs devoirs ; avec ces qualités, on est bien représenté, on est bien protégé.

L'office essentiel de l'Association, celui pour lequel elle existe, celui sans lequel elle n'existerait pas, est de secourir des misères et de soulager des malheurs. Semblable au médecin d'Hippocrate, qui, dans les maux d'autrui, ressent une souffrance propre, l'Association ressent comme siens les maux qui affligent ses membres et y porte la main de la fraternité.

Sans publier ici le bien qu'elle fait, il faut se la représenter avec un cortége de malades, d'infirmes, de vieillards, de veuves, d'enfants qui tous lui doivent quelque chose. Être secouru dans la détresse est un bonheur, mais secourir dans la détresse est un bonheur aussi, et nous perdrions une satisfaction sensible si nous ne prenions une part personnelle dans cette action collective : ainsi l'on s'affranchit de l'indifférence et de la sécheresse ! Parmi les secourus, il s'est même trouvé des médecins qui n'appartenaient pas à l'Association ; on s'est laissé émouvoir par des misères poignantes : c'est une exception qu'il ne faut pas blâmer, ne fût-ce que pour témoigner que, médecins, toute misère médicale nous touche, à l'exemple de cet ancien qui, homme, se laissait toucher à toute misère humaine. J'ajouterai que nous en avons été récompensés, et que des médecins qui n'appartenaient pas à l'Association ont voulu être parmi ses donateurs : telle est le docteur Rollande, de Château-Renard, qui nous a laissé un legs de 2,000 francs. Nous lui devons autant de reconnaissance pour le témoignage qu'il nous rend ainsi que pour le don qu'il nous fait.

Quand nous avons écouté et secouru les misères, quand nous avons aidé de notre crédit des enfants et des veuves, quand nous avons mis de côté des réserves pour fonder l'institution bienfaisante des pensions viagères, institution qui demande du temps et de l'abnégation, alors tout ce vaste corps de l'Association se livre à des désirs, à des aspirations, à des efforts tels qu'ils peuvent naître au sein d'une corporation aussi forte par l'action et les services que par le savoir et l'étude : ici, l'on s'occupe des causes de gêne et de souffrance dans la profession médicale, on cherche les remèdes, on demande la révision des lois relatives à l'exercice de la médecine ; là, s'agite la question des deux ordres de médecins, — celle de l'institution des médecins cantonaux, — celle du service des indigents et des enfants assistés, — celle des rapports des sociétés locales avec les sociétés de secours mutuels ; — plusieurs sociétés ont organisé des consultations gratuites utiles contre le charlatanisme ; — d'autres ont eu l'heureuse pensée d'annexer des réunions scientifiques aux séances d'intérêt professionnel ; ailleurs, on demande le concours pour la plupart des emplois médicaux ; ailleurs encore, on examine s'il faut réclamer des Conseils d'ordre et de discipline, ou si plutôt l'Association n'est pas destinée à rendre tous les services qu'on attend de ces Conseils, sans en avoir les inconvénients. Ces voix isolées, qui n'auraient pas été entendues ou même ne se seraient pas élevées, s'élèvent et sont entendues, venant se réunir en un écho qui les grossit et les renvoie.

Dans notre dernière assemblée, l'Association prit sous son patronage la souscription destinée à élever une statue à Laennec. Vous vous souvenez de l'éloquent appel qui nous fut adressé par notre collègue M. Sanderet : on y a répondu de tous les points de la France ; et l'époque approche où nous irons saluer, sur la vieille terre armoricaine, l'image d'un de ses plus illustres en-

fants. Les statues d'hommes éminents, dans la politique, dans les sciences, dans les armes, qui s'élèvent à l'envi dans nos cités, composent une haute compagnie où notre grand médecin tiendra une juste place.

Notre Association est telle que de l'esprit de corporation, elle ne nous donne que ce qu'il a de bon : garantir le sort des infortunés, combattre le charlatanisme par tous les moyens que les circonstances nous permettent ; accomplir un des devoirs de la vraie médecine, celui de défendre les malades contre la fausse ; recevoir ce sentiment de solidarité qui fortifie l'honneur ; influer par nos paroles et par nos conseils sur l'enseignement, afin que, suivant une juste espérance, la tradition du savoir croisse, et que pour successeurs nous laissions de plus habiles serviteurs de la santé publique ; voilà ce que nous sommes — ce que nous voulons — ce que nous faisons.

Par décret en date du 11 avril 1866, M. le docteur Bernier, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Par décret en date du 28 mars 1866, M. le docteur Daniel, médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal de 2e classse.

Par décret en date du 18 avril, a été promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Theullier, médecin principal de 2e classe.

Par décret en date du 12 mars 1866, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Morand, Barberet, Valois, Martin, Nuzillat, Fourgeaud, médecins-majors de 2e classe.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Casteran, Pineau, Rioufol, Brunet, Glatigny, Virlet, Fossard, Vernier, Collignon, Sala, Kopf, Coze, Mancha, Noel, Hayer, Tamisier, médecins aides-majors de 1re classe.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Quatrefages, pharmacien-major de 2e classe.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Lamotte, pharmacien aide-major de 1re classe.

M. le docteur Delacroix vient d'être nommé médecin des eaux thermales de Luxeuil.

La Société des sciences, belles-lettres et arts d'Orléans avait mis au concours la question suivante : « Dans toutes les fièvres intermittentes qui réclament l'emploi du quinquina, et surtout dans les fièvres pernicieuses, peut-on administrer avec un égal succès le sulfate de quinine ou le quinquina en substance ? » Le prix (médaille d'or) a été décerné à M. le docteur Ronzier-Joly, de Clermont-l'Hérault.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, a commencé le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'été), le mercredi 11 avril, et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures et demie.

Leçons à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations sur la pneumatose gastro-intestinale et sur son traitement.

Par M. le docteur A. Ripoll, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

A Monsieur le docteur Fonssagrives.

Mon cher Confrère,

Je viens de lire vos considérations pratiques sur la pneumatose gastro-intestinale, publiées dans le numéro du 15 avril 1866 du *Bulletin de Thérapeutique*, et qui font partie de votre traité clinique en cours d'exécution; j'ai vu avec plaisir que, grâce à vos recherches, une certaine clarté était enfin répandue sur cette page si obscure jusqu'ici de la pathologie et de la thérapeutique médicales: la *pneumatose gastro-intestinale;* mais, vous l'avouerai-je? mon esprit n'est pas complétement satisfait. Votre excellent mémoire me paraît pécher par un point important; et ce point, c'est précisément la distance qui le sépare du but qui doit être atteint pour qu'il justifie véritablement l'épithète de *clinique* que vous lui assignez.

Je comprends, mon cher confrère, que lorsqu'un homme de votre mérite entreprend une œuvre quelconque, il a à cœur d'être aussi *complet* que possible. — Vous ne pouviez pas, avec la nature de votre esprit, laisser dans l'ombre une affection que tant d'autres ont négligé même de mentionner, et vous avez consacré un chapitre à la *pneumatose gastro-intestinale.* Vous avez dit évidemment tout ce que vous pouviez dire; nul autre, avec les éléments où vous avez pu puiser, n'aurait dit ni autant, ni si bien, et pourtant, je vous le répète, il me semble qu'il y a encore à dire sur la *pneumatose gastro-intestinale*, un peu au point de vue théorique, beaucoup au point de vue clinique.

Si je me permets de vous parler ainsi, c'est que j'y suis sinon plus apte, du moins plus autorisé que tout autre. Depuis plusieurs années, en effet, je suis atteint de pneumatose gastro-intestinale, et depuis le temps que dure ce *martyre*, j'ai pu, comme vous le pensez bien, arriver à me rendre compte des causes de la maladie et des meilleurs moyens à lui opposer. Si j'ajoute que la pneumatose gastro-intestinale étant heureusement assez rare, j'ai pu, malgré cela, l'observer sur deux de mes clients, et la traiter concurremment avec la mienne, vous serez d'avis que mon opinion peut avoir quelque valeur. En ce qui me concerne, je crois faire une bonne œuvre

en venant essayer de compléter ici votre travail déjà si intéressant et si *pratique*.

Dans les conditions physiologiques normales, le tube intestinal renferme (dans l'état de vacuité comme dans celui de plénitude) une certaine quantité de gaz de nature diverse, provenant, tantôt d'une sécrétion spontanée, tantôt de la décomposition ou de la transformation subie par les aliments soumis à l'acte important de la digestion. Ces deux sources ne sauraient être contestées : d'une part, en effet, il est d'observation journalière que les intestins se remplissent de gaz, chez quelques individus, sinon chez tous, précisément par le fait de la diète trop prolongée ; tandis que, d'un autre côté, il est incontestable, à en juger par les caractères variés affectés par la plupart des gaz excrétés, que les éléments en sont empruntés aux diverses substances ingérées.

Dans l'état pathologique, la production des gaz dans les voies digestives due à ces deux mêmes causes, sécrétion spontanée et transformation ou décomposition des aliments, peut sous leur influence subir une telle exagération qu'il en résulte des états morbides considérables, toujours symptômes d'une lésion de fonction, mais suffisants quelquefois, à eux seuls, et assez graves, pour constituer de véritables maladies, la *flatulence* et la *pneumatose*.

Il y a une grande différence entre les phénomènes auxquels se rapporte chacune de ces deux expressions, *flatulence* et *pneumatose*. Il y a de grands inconvénients à les confondre, et c'est de cette confusion qu'est née l'obscurité presque impénétrable qui a enveloppé jusqu'ici l'étude de ces deux maladies malheureusement réunies souvent dans une description commune.

La flatulence a sa source, en effet, presque exclusive dans les aliments ingérés, soit que la production des gaz ait pour cause la constitution physique ou chimique propre de ces aliments, soit qu'elle tienne à leur élaboration vicieuse par le fait d'un trouble des fonctions qui président à l'acte de la digestion.

La pneumatose, au contraire, se développe d'ordinaire indépendamment de toute ingestion alimentaire, n'est à peu près constamment que le résultat de l'exagération de la sécrétion spontanée, et reconnaît pour cause primitive une lésion fonctionnelle du système nerveux, soit qu'elle résulte d'une simple perversion vitale, soit qu'elle se développe sous une influence mécanique accidentelle interne, c'est-à-dire physiologique, ou externe, c'est-à-dire physique.

En ce qui concerne la simple perversion fonctionnelle, viennent

se grouper dans le cadre étiologique toutes les causes de trouble du système nerveux, les fatigues, les travaux prolongés de cabinet, les émotions, l'anémie, l'hystérie, etc., la paralysie musculaire du tube digestif dépendant de l'inflammation aiguë ou chronique des tuniques muqueuses ou séreuses, en un mot tout ce qui peut ou modifier en l'augmentant la sécrétion des gaz, ou en favoriser l'accumulation en affaiblissant la contractilité intestinale.

Parmi les causes mécaniques, accidentelles, internes ou physiologiques, se rangent les crampes, les obstructions, les invaginations, les étranglements. Dans les causes externes ou physiques nous ne trouvons guère que les ligatures.

Ainsi la flatulence et la pneumatose sont deux choses qui peuvent être et sont le plus souvent parfaitement distinctes.

La flatulence est un trouble lié à l'acte digestif dont il dépend, elle peut exister seule ou être associée à une véritable *dyspepsie* et constitue ainsi la *dyspepsie flatulente.*

La pneumatose est indépendante de la digestion ; sans doute si la pneumatose se développe pendant la digestion, la crise sera plus intense, plus pénible, plus longue ; mais elle peut se développer dans l'état de vacuité de l'estomac, et quel que soit d'ailleurs le régime alimentaire mis en usage.

Dans la flatulence, les gaz excrétés par la bouche ou l'anus ont en général une odeur qui dépend de la nature de l'aliment ingéré ou mal digéré et qui varie plus ou moins désagréablement avec cet aliment.

Dans la pneumatose, quelle que soit la voie d'émission, le gaz chassé au dehors est inodore généralement, sinon toujours.

Dans celle-ci, il n'est pas rare qu'il se résorbe, lorsque la cause de production suspend son action.

Dans la flatulence, le soulagement n'arrive que par l'émission du gaz.

C'est donc vainement qu'on chercherait dans des modifications de régime un empêchement à la production de la pneumatose : il est bien loin d'en être de même pour la flatulence. Baumès dit que pour les personnes sujettes aux *flatuosités* il y a une considération fondamentale qui domine et peut être formulée ainsi : *le régime, le régime et toujours le régime!* Très-certainement Baumès a raison, mais en ce qui concerne les *flatuosités* seulement. Quant à la *pneumatose,* il est bien évident qu'en évitant la flatulence par l'adoption d'un régime spécial, on a chance de diminuer la tension intestinale : des deux sources de formation des gaz, on en supprime

une; mais il faut surtout ne pas perdre de vue que la pneumatose tient à une cause tout autre contre laquelle on doit lutter, que, si extrême que soit le degré de la flatulence simple ou de la flatulence dyspeptique, la pneumatose ne se produit pas si le malade ne se trouve pas dans dans les conditions spéciales nécessaires pour son développement; tandis que, au contraire, celles-ci existant, il n'est pas besoin, pour que la pneumatose se développe, de la flatulence en fait ou en puissance. On ne doit donc donner qu'une importance secondaire au traitement de la flatulence existant concurremment avec la pneumatose; il ne mérite que tout juste la place d'un hors-d'œuvre dans la thérapeutique de cette dernière. Cependant, comme la flatulence (dont je n'ai pas l'intention de faire ici l'histoire) est déjà en elle-même une maladie très-désagréable, et devient quelquefois une importante complication de la pneumatose, je ne négligerai pas, en parlant du traitement de celle-ci, de donner (à l'exemple de Baumès dont l'expérience a pu être contrôlée par la mienne) l'énumération complète des aliments qui doivent être choisis ou rejetés par les malheureux exposés à la flatulence.

Mais avant d'aller plus loin il s'agit de bien déterminer, une fois encore, ce qu'on doit entendre par *pneumatose;* quels sont ses symptômes, ses signes, sa marche et sa terminaison.

On doit entendre par pneumatose gastro-intestinale la distension plus ou moins considérable de la totalité ou d'une des parties du tube digestif par des gaz en général insipides et inodores dont la formation est d'ordinaire indépendante de l'acte de la digestion.

On voit par cette définition que la production simple de gaz, de source spontanée ou digestive, quelle que soit son abondance, n'est pas la *pneumatose*. Elle n'existe que quand ils sont *retenus* dans le tube digestif et en provoquent *la distension;* tandis qu'on doit réserver le nom de *flatulence* à la formation de gaz dont l'excrétion n'est point gênée, quelle que soit leur abondance. Celle-ci n'est qu'une complication, qu'un vice de la digestion, de telle sorte qu'on a pu en faire une variété de dyspepsie, contrairement à la pneumatose, qui ne saurait être que d'une façon tout à fait secondaire, et par exception, rattachée à un trouble des fonctions digestives.

Considérée en elle-même, la pneumatose peut n'être qu'accidentelle, dépendre, comme je l'ai dit, d'une cause primitive physique ou pathologique spéciale : ainsi la paralysie de la muqueuse intestinale par le fait de l'entérite ou de la péritonite, un étranglement interne ou externe, une ligature, une obstruction, etc.; alors, comme vous le dites très-bien, mon cher confrère, la pneumatose

n'est qu'un *symptôme;* mais il est aussi une pneumatose qui se développe *spontanément*, indépendamment de toute cause physique, physiologique ou pathologique, appréciable. Celle-ci n'est également qu'un symptôme, si vous le voulez, dans toute la rigueur de l'expression ; mais il y a si loin de l'une à l'autre, le symptôme domine tellement la scène pathologique par sa durée, sa gravité, et l'impossibilité de lui assigner une cause facile à démontrer, qu'elle mérite une place dans le cadre des maladies auxquelles on a donné le nom de *névroses*.

C'est cette forme seulement dont je veux m'occuper ici, la première n'étant, comme il a été établi, que le symptôme d'autres états morbides préexistants, dont la guérison entraîne sa disparition. Telle la pneumatose liée à la fièvre typhoïde, à la hernie, etc.

La question ainsi limitée, il semble que, poussé dans ses derniers retranchements, le clinicien se trouve acculé contre une sorte d'impossibilité d'interprétation, et qu'en face d'une pneumatose qu'il ne peut rattacher à aucune des causes que je viens d'énumérer, il doit se trouver embarrassé pour lui opposer une médication rationnelle. Ainsi envisagée, ainsi étiquetée *névrose*, la pneumatose doit être une maladie des plus obscures dans son étiologie, des plus rebelles à la thérapeutique. Que savons-nous, en effet, des causes prochaines des névroses en général? et quelles sont contre elles nos ressources efficaces?

Eh bien, dans l'espèce, une bonne observation des phénomènes qui précèdent, accompagnent ou suivent la production de la pneumatose, l'enseignement que nous donne son étude, si nous la considérons quand elle est accidentelle et *symptomatique*, celui qui résulte de l'expérimentation directe (sur les animaux), toutes ces choses qui nous font toucher presque du doigt la cause immédiate de sa manifestation, nous permettent d'instituer une thérapeutique active, rationnelle, susceptible d'amener, à coup sûr, toujours le soulagement des malades, souvent la guérison de la maladie.

Les causes les plus fréquentes de la pneumatose accidentelle, sinon les seules, étant, en effet, l'étranglement, la paralysie ou l'atonie de la paroi intestinale, il est logique de penser, et les bons effets d'une thérapeutique basée sur ces idées démontrent, que la névrose qui nous occupe reconnaît les mêmes causes : un état pathologique préexistant, ou une intervention matérielle. La pneumatose n'est autre chose que le résultat : 1° ou bien d'une paresse de la contractilité intestinale ; 2° ou bien d'une constriction intense.

La paresse du tube gastro-intestinal qui lui permet de se dis-

tendre outre mesure tient à deux causes : ou bien à une subinflammation de la muqueuse, ou à un affaiblissement de la nervosité, de la propriété contractile.

La constriction interne, cause la plus fréquente, pour ne pas dire presque la seule de la pneumatose, c'est le *spasme* des orifices propres à chacune des portions constitutives du tube gastro-intestinal.

L'étude clinique nous démontre tous les jours la réalité de la première de ces influences.

Quant à la seconde, elle se constate aussi par l'observation même des malheureux pneumatosiques : ils ont parfaitement conscience de ce spasme, de l'emprisonnement de leurs gaz par l'occlusion des orifices intestinaux, et il suffit de détruire cette occlusion par un moyen quelconque pour que la pneumatose cesse immédiatement.

La thérapeutique doit donc être instituée dans ce double but : excitation de la tonicité des parois intestinales, suppression du spasme des orifices, suivant que l'une ou l'autre de ces causes pourra être préjugée, ce qui est bien moins difficile qu'on pourrait le croire tout d'abord.

En effet, dans la premier cas, la pneumatose est bien moins douloureuse, plus continue, mais bien moins considérable; ce n'est en quelque sorte qu'une exagération de la flatulence, et à ce titre elle peut exister à l'état habituel, communément avec un état dyspeptique toujours facile à reconnaître; dans le second, la maladie presque toujours indépendante d'un trouble quelconque des fonctions digestives, est considérable, brusque dans sa manifestation et sa disparition, excessivement pénible et douloureuse, et ne se développe que par saccades à intervalles plus ou moins éloignés. On la voit naître et s'évanouir sans qu'on puisse le plus souvent rattacher à aucune cause cette sorte de crise passagère, cette attaque, cette espèce d'*épilepsie* gastro-intestinale.

C'est en vain que dans les deux cas on ferait usage des moyens préconisés pour *absorber* les gaz! — il faudrait, pour réussir, établir à travers le tube intestinal un véritable courant, car à mesure que l'on neutraliserait les gaz formés, ils seraient remplacés par de nouveaux. Ce n'est pas 8, 10 gouttes d'ammoniaque qu'il faudrait, ce sont des litres; et je ne pense pas qu'on puisse impunément verser une telle quantité de ce liquide ou de toute autre substance absorbante dans l'estomac d'un pneumatosique. Ni les alcalins, ni le charbon, ni quoi que ce soit, ne réussiront; tout cela n'est que des palliatifs : il faut frapper plus loin pour agir plus

sûrement. C'est la source qu'il faut détruire ; c'est-à-dire qu'il faut modifier l'état pathologique primitif de l'intestin ou de l'estomac. Il faut, ici réveiller l'intestin paresseux, là détruire le spasme, et mieux encore le prévenir.

Ne perdez pas de vue, mon cher confrère, en lisant ce travail qui n'a tout au plus que la prétention de compléter le vôtre, que si je suis si affirmatif, c'est que, pneumatosique moi-même, j'ai pu, mieux que ne l'eût fait un malade ordinaire, me rendre compte et des phénomènes pathologiques qui caractérisent la pneumatose, et des influences qui la déterminent, et des moyens qui la font cesser. J'ai frappé à toutes les portes de la thérapeutique ; avant d'être arrivé à ce que je considère comme la *démonstration* de la maladie, j'ai essayé de *tout*, sur moi et sur les autres ; j'ai pu me convaincre que si le régime a une valeur sensible dans une des formes de la maladie, il n'en a aucune appréciable dans l'autre, et vous comprendrez quelle a été ma joie lorsque, éloignant *à volonté* les crises, les rapprochant, faisant cesser instantanément les plus violentes attaques, j'ai pu m'écrier : Enfin ! je tiens donc la clef de cet affreux mystère !

Je saisis cette occasion d'exprimer ma vive reconnaissance à notre maître à tous, le cher M. Trousseau, ainsi qu'à l'intelligent et déjà célèbre chercheur, mon ami Corvisart, dont les précieuses lumières m'ont guidé si heureusement dans ces douloureuses ténèbres.

Je ne vous retracerai pas, cher confrère, les symptômes variés qui caractérisent cette forme de la pneumatose qui n'est, comme je l'ai dit déjà, qu'une exagération, qu'une variété, si l'on veut, de la flatulence, dyspeptique ou non. Si exacte que fût ma description, elle n'aurait aucun intérêt, aucune valeur ; tout le monde connaît cette maladie et quelques personnes l'ont très-bien décrite ; mais il n'en est pas de même de la forme *spasmodique :* affecté moi-même de cette névrose, il me semble que l'exposition que je puis vous en faire vous paraîtra intéressante comme étude symptomatologique, convaincante au point de vue de l'étiologie et démonstrative à celui de la thérapeutique.

Doué d'une excellente constitution, d'un tempérament sanguin nerveux, j'avais toujours joui d'une parfaite santé, lorsque, il y a quelques années, sous l'influence d'émotions violentes, j'éprouvai pour la première fois quelques troubles dans le système nerveux, et principalement du côté des voies digestives. Peu à peu l'amélioration s'établit ; mais l'ébranlement avait été si considérable que ses conséquences n'ont pu être complétement annihilées. Je suis

resté très-impressionnable, et la moindre émotion retentit immédiatement sur le cœur d'abord, puis sur l'estomac ou les intestins, de façon à apporter un trouble plus ou moins durable dans les fonctions de ces organes. L'accident le plus fréquent et le plus pénible est le développement de la pneumatose.

Sous la moindre influence nerveuse, souvent sans cause appréciable, quelquefois seulement par suite de la crainte de la voir survenir dans un moment et dans un lieu où je serais fâché de me trouver indisposé; quel que soit l'état des voies digestives; que je sois à jeun, au commencement, au milieu, à la fin du repas; que ma digestion soit en train ou achevée; quel que soit mon régime alimentaire; à toute heure du jour ou de la nuit, de préférence dans l'après-midi ou le soir, *mais jamais quand je suis couché*, la criso se développe.

Je commence par éprouver un sentiment de crampe dans le creux épigastrique (mais pas constamment); puis, presque aussitôt des gaz circulent avec bruit dans l'œsophage, que je sens un peu distendu; montant, descendant, mais ne sortant pas. Leur présence dans le voisinage du pharynx provoque un besoin fréquent de déglutition.

Au bout de quelques minutes, mon estomac se ballonne de plus en plus; la distension est parfois extrême; le diaphragme est refoulé. Je suis obligé de laisser flottants les vêtements qui pourraient exercer une constriction sur l'estomac et la poitrine. La respiration devient de plus en plus courte; l'oppression est excessive; j'ai toute l'apparence d'un asthmatique dans une forte crise; la déglutition étant un peu gênée, ma bouche se remplit de salive et je suis obligé de *crachoter* constamment; les aliments, les boissons sont pourtant avalés et arrivent sans obstacle dans l'estomac.

Si je m'abandonne à la marche de la pneumatose; si je ne réagis pas contre elle; après une souffrance dont la durée n'est pas moindre quelquefois de plusieurs heures, tout à coup la délivrance s'effectue : une *éructation* complétement inodore et insipide en marque le début. Je ressens très-distinctement la sensation d'obstacle vaincu; un soulagement analogue à celui qu'éprouve le malheureux atteint de rétention d'urine quand la sonde pénètre dans la vessie. Les éructations se succèdent; mais en même temps et surtout les gaz circulant dans l'intestin sont absorbés par les matières qu'il contient ou se créent une nouvelle issue. Bref, au bout d'un quart d'heure au plus, je suis aussi à mon aise que si rien ne s'était passé. J'ajoute que si cela est survenu pendant ou

après le repas, ma digestion n'est nullement troublée et s'accomplit d'une manière parfaitement normale.

Il n'est pas rare que quelques instants après, au moment où je me crois complétement délivré, une nouvelle crise se développe, absolument semblable à la précédente, et ainsi de suite plusieurs fois dans la même journée.

Voilà pour l'estomac. Quand la pneumatose se développe dans l'intestin, c'est autre chose. Ici, la cause sensible la plus fréquente, c'est le réveil en sursaut quand on vient me faire lever pendant la nuit, ou le retard apporté à mon repas ; et surtout si, n'étant pas distrait, je suis préoccupé de l'influence fâcheuse qu'il aura probablement. Tout à coup une tension douloureuse se fait sentir, habituellement dans l'un des flancs ; elle augmente rapidement. La douleur et la tension deviennent atroces et se généralisent. J'ai la sensation d'un couteau acéré qui, le manche appuyé à la colonne vertébrale, serait sur le point de traverser de sa pointe les parois de l'abdomen, violemment et irrésistiblement tendues sur elle. La douleur me force à fléchir le tronc sur les cuisses ; la marche devient impossible. Je suis absolument *forcé*, pour pouvoir tolérer la souffrance, de me coucher sur le ventre appuyé sur des coussins volumineux qui le compriment. Après un temps variable, quelquefois très-long, je sens circuler les gaz, jusqu'alors immobiles, et leur dissémination diminue la tension de l'abdomen. Dès qu'il en arrive un à l'anus, tout est fini ; ils se succèdent rapidement. Cinq minutes après, ils sont évacués ou ceux qui restent ne m'incommodent plus. Comme ceux qui sont rendus par la bouche dans la pneumatose stomacale, les gaz émis par l'anus sont complétement inodores.

Cette crise de pneumatose intestinale n'est d'ailleurs pas plus influencée par l'acte digestif que la pneumatose stomacale. Lorsqu'une crise s'annonce ou débute, le fait de l'ingestion des aliments dans l'estomac ne l'arrête pas. Que je mange ou non, les choses marchent de même ; aussi ai-je pris depuis longtemps le parti de ne pas me mettre à table dans ces conditions ; j'attends que la pneumatose soit terminée.

Telle est la marche et la terminaison naturelle de la pneumatose stomacale ou intestinale quand je ne réagis pas contre elle.

Je dois dire maintenant que je ne supporte plus longtemps cet affreux supplice. J'ai trouvé le moyen de me débarrasser *instantanément* et complétement, et les phénomènes qui accompagnent ce

débarras ne sont pas les moins curieux et les moins instructifs de cette histoire.

Pour la pneumatose stomacale, le moyen est des plus simples et toujours *sous la main*, c'est le cas de le dire. Je n'ai qu'à titiller la luette avec mon doigt, et aussitôt, sous l'influence des efforts anti-péristaltiques, le spasme du cardia cesse pour ne plus revenir, et l'estomac se contracte avec énergie. Dès lors, les gaz refoulés ne trouvant plus d'obstacle, s'échappent avec violence par la bouche en quantité véritablement prodigieuse, avec un bruit considérable. Bientôt, au lieu de gaz, je rends quelques gorgées de liquide filant, incolore, très-légèrement aigrelet; et ceci fait, tout est terminé. Si j'ai encore quelques efforts *à vide*, je n'ai qu'à avaler une cuillerée d'eau fraîche et l'estomac se calme.

Mais ce qui est vraiment prodigieux, c'est que *jamais* ma digestion n'a été troublée par ces efforts de l'estomac, à quelque moment que je les aie provoqués; jamais non-seulement aucun aliment récemment ingéré, mais même son goût, ne s'est fait sentir à la gorge; jamais il n'y a eu la moindre menace de vomissement. Bien plus, très-souvent, au milieu d'un dîner d'apparat, ne faisant plus figure humaine entre de joyeux convives, haletant, ne pouvant plus ni manger ni parler, le visage couvert d'une froide sueur, il m'est arrivé de me lever de table à la hâte, de m'isoler un instant pour me livrer à cet exercice contre nature et de revenir bientôt après gai, dispos, plein d'appétit, et de continuer mon repas comme si je n'avais éprouvé aucun malaise intérieur.

Quant à la pneumatose intestinale, la simple pression de l'abdomen, aidée de l'ingurgitation d'un demi-verre d'eau de fleurs d'oranger pure et bien sucrée, suffit d'ordinaire pour la faire disparaître rapidement. Si ces moyens échouent, le mal ne résiste pas à l'introduction d'un corps étranger dans l'anus, tout simplement la canule d'une seringue. Il n'est nullement besoin d'aspiration pour que les gaz s'échappent. Il n'est même pas nécessaire que le corps introduit soit creux, un suppositoire ordinaire suffit.

Cette description des symptômes de la pneumatose est plus que suffisante, je crois, pour qu'il reste bien démontré ceci, que je crois utile de bien établir si l'on veut faire une bonne étude des maladies venteuses, c'est qu'il existe, en dehors des pneumatoses *symptomatiques*, dont les causes sont variables, une pneumatose *essentielle*, autant qu'une maladie peut l'être, liée quelquefois à la dyspepsie, flatulente ou non, mais qui s'observe non moins fré-

quemment, je le crois, d'une façon tout à fait indépendante d'un état pathologique des fonctions digestives.

Ceci bien posé, passons à la thérapeutique. Je suivrai, cher confrère, l'ordre que vous avez adopté vous-même.

Première indication. — Prévenir la pneumatose gastro-intestinale chez les individus qui y sont prédisposés par une idiosyncrasie particulière ou *par un état morbide.* — Parfaitement de l'avis de Baumès et du vôtre, que le régime alimentaire joue souvent un rôle essentiel dans les maladies venteuses, je ne saurais mieux faire que de reproduire le passage de Baumès, que vous avez cru vous-même devoir donner *in extenso*. Le choix des aliments tracé par Baumès est, en effet, à peu de chose près, admirablement établi. Il est remarquable qu'à quelques années d'intervalle, cette étude prophylactique ait pu être contrôlée par un médecin atteint lui-même de la maladie à laquelle elle se rattache. De ce contrôle ressortent quelques modifications importantes.

Ainsi, Baumès a parfaitement signalé que, dans un bon nombre de cas, la flatulence coexiste avec une sorte de torpeur des parois digestives, et que l'emploi des condiments stimulants et aromatiques rend alors de très-grands services; mais ce qu'il ne dit pas, c'est que souvent aussi la torpeur des parois musculaires dépend d'un état subinflammatoire de la muqueuse. Or, si dans ce cas on employait les stimulants et les aromates, on exagérerait le mal.

Il est donc très-important de bien poser son diagnostic avant d'établir les bases définitives du régime alimentaire. Du reste, il n'y a pas grand inconvénient à faire *momentanément* fausse route. Il est facile, si l'on observe bien le malade, de se rendre compte de l'action exercée par les premières tentatives. Celles-ci deviennent une sorte de pierre de touche infaillible, qui trace sûrement la voie à suivre pour l'avenir.

S'agit-il de torpeur franche, de lésion purement nerveuse, la nourriture plus ou moins épicée et de haut goût, non-seulement sera préférable à l'alimentation fade et peu sapide, mais encore elle aidera certains estomacs facilement impressionnables à digérer parfaitement même les aliments venteux. C'est alors que l'on peut se trouver bien de la poudre apéritive de Grégory, des infusions chaudes ou froides d'anis, de thé, et préférablement de camomille, prises *immédiatement* après le repas; de l'anisette, du curaçao, et surtout de l'élixir de Garus, comme liqueurs de dessert. C'est alors que conviennent comme condiments : le poivre, la moutarde; que

certains aliments, même réputés indigestes, activent la digestion, en agissant en quelque sorte comme corps réfractaires; ainsi, les radis, les artichauts crus, la salade, etc. A ce titre, le charbon de Belloc, la graine de moutarde blanche pris quelques instants avant le repas, peuvent être conseillés et réussir. C'est alors que des médicaments tels que la noix vomique peuvent donner aussi de bons résultats. Les purgatifs peu actifs et fréquemment répétés sont dans le même cas.

Quant aux boissons pendant le repas, elles doivent être aussi froides que possible. Il faut que les vins soient généreux et vieux. Les vins cuits et sucrés surtout sont très-digestifs. Il est remarquable combien tous les aliments sucrés, quel qu'ils soient, boissons, liqueurs, fruits cuits, confitures, etc., conviennent aux flatulents et aux pneumatosiques. Plusieurs des aliments considérés à bon droit comme venteux et de digestion difficile deviennent, s'ils sont fortement assaisonnés de sucre, non-seulement inoffensifs, mais même de très-bonne digestion.

Quand, au contraire, il y a hyperhémie de la muqueuse ou pneumatose par irritabilité, un état de spasme habituel ou facile à provoquer, sans être jamais fade, la nourriture ne doit pas être trop stimulante des parois digestives, et l'alimentation assaisonnée de condiments ou d'aromates doit être proscrite. C'est alors que conviennent les viandes blanches grillées et rôties, les légumes frais, etc., les vins légers de Bordeaux, du Beaujolais, etc. Mais c'est ici surtout que la thérapeutique intervient avec succès. Les infusions de mélisse, de tilleul, l'eau de fleur d'oranger, la belladone, et surtout l'opium pris à petites doses à une petite distance avant le repas, assoupissent la susceptibilité gastro-intestinale, et préparent les voies pour une bonne et rapide digestion. Il m'est arrivé souvent de faire cesser presque instantanément une crise de pneumatose à son début par l'ingestion d'un quart de grain d'extrait thébaïque. L'usage de bains fréquents est aussi suivi de très-bons effets.

D'une manière générale, doivent être évités *dans les deux cas* le café et le cigare. Leur usage est *déplorable :* ils paralysent d'une façon *incontestable* l'activité gastro-intestinale; ils retardent la digestion, et c'est précisément ce retard qu'il faut éviter à tout prix. Plus on digérera vite, moins on aura de chances de flatulence ou de pneumatose.

Maintenant, si l'on considère un à un les divers aliments à choisir ou à proscrire, nous verrons que les principaux aliments venteux sont, parmi les *légumes :* choux, choux-fleurs, poireaux, oi-

gnons, aulx, navets, raves, haricots, lentilles, pois, fèves (secs), pommes de terre; parmi les *fruits* : châtaignes, fraises, cerises, raisins, oranges, et surtout le citron (le parfum seul de ce fruit dans une préparation culinaire, dans un sorbet, dans une glace, suffira le plus souvent pour déterminer la flatulence ou la pneumatose): parmi les *viandes :* le veau, le chevreau, l'agneau, la caille, l'ortolan ; toutes les *sauces* autres que celles faites avec le jus des viandes sont nuisibles; il en est de même de tous les aliments graisseux ou féculents, de toutes les farines, du chocolat, de toutes les pâtes non levées ou non fermentées, du beurre, du laitage, des crèmes, de tous les fromages, des pâtisseries au beurre, des fritures, de tous les acides, des boissons gazeuses, des vins blancs, et surtout s'ils sont mousseux.

Les individus sujets à la flatulence ou à la pneumatose doivent choisir leur pain bis, ou rassis, bien cuit. Les potages doivent être faits de bouillon de viande ou de légumes frais, jamais de purées, et de pain, de riz, de sagou, de tapioca ou de semoule. Les pâtes, telles que vermicelle, macaroni, etc., ne seront inoffensives que si elles sont extrêmement cuites dans le bouillon. Du reste, le potage doit toujours être très-peu copieux ; l'alimentation, d'une manière générale, aussi solide que possible, les boissons peu abondantes. Les *viandes* à choisir sont : la volaille, le pigeon, le gibier, le bœuf, le mouton, bouillis de préférence. Les *œufs,* surtout à la coque. Presque tous les *poissons* de mer, un très-petit nombre de ceux de rivière. Parmi les *légumes :* les artichauts, carottes, cardons, chicorée, oseille bien blanchie, asperges, petits pois et haricots verts (primeurs) ; tous les *fruits* doux, mais surtout cuits ; toutes les confitures.

Comme adjuvants du régime viennent enfin les ressources puisées dans une bonne hygiène générale.

Deuxième indication. — Absorber ou condenser les gaz. — J'ai déjà dit ce que l'on doit attendre de ces moyens : ce ne sont que des palliatifs. Les substances conseillées, telles que l'ammoniaque, l'eau de chaux, la magnésie, la poudre d'yeux d'écrevisse, le charbon, la liqueur de potasse, etc., sont absorbantes, mais non préventives, et alors inutiles, j'ajoute souvent nuisibles. Si quelques-unes paraissent atteindre le but, c'est qu'elles agissent, ainsi qu'on l'a parfaitement apprécié, comme réfractaires ; tels le charbon et la graine de moutarde ; mais c'est tout.

A titre de préventif, il n'y a guère d'indiqués que les purgatifs, lorsqu'il est possible de constater un embarras des voies digestives

ou un vice de sécrétion ; ils agissent alors tantôt comme évacuants, tantôt comme modificateurs.

Troisième indication. — *Favoriser la sortie ou l'expulsion des gaz.* — On obtient ce résultat par des moyens médicamenteux ou mécaniques.

Dans la première catégorie se placent en première ligne les carminatifs. Parmi eux, les plus sûrs sont : la mélisse, l'eau de fleurs d'oranger, le tilleul, qui sont en même temps antispasmodiques ; viennent ensuite la camomille, l'anis et la vanille. Quant à l'angélique, c'est bien à tort qu'on l'a conseillée dans la maladie qui nous occupe. Je ne connais aucune substance plus antipathique aux flatulents. La chartreuse est pour leurs estomacs l'antidigestif par excellence ; à cet égard elle prime le café.

Malheureusement, quel que soit celui de ces moyens mis en usage, très-souvent il échoue, et après avoir essayé tour à tour de linges chauds appliqués sur l'abdomen, ou de compresses imbibées d'eau aussi froide que possible, pratiques diamétralement opposées qui réussissent quelquefois chez tel ou tel malade, il ne reste plus que les moyens mécaniques.

Le plus simple de tous, c'est la titillation de la luette et de l'arrière-gorge ; mais, souvent répétée, elle peut fatiguer l'estomac, physiquement d'abord, et puis amener un trouble fonctionnel. Vient ensuite la sonde œsophagienne, et la canule rectale suivant le cas, l'une et l'autre aidées de la compression en masse, en faisant coucher le malade sur le ventre. Il ne faut pas confondre cette *compression*, si efficace toujours, avec la *constriction* ; une ceinture, un corset, un lien quelconque qui serre l'abdomen, non-seulement s'oppose au soulagement du malade, mais provoque même quelquefois la crise.

Quant à la ponction à l'aide du trocart, je pense qu'il faut laisser cette *ultima ratio* aux vétérinaires. On a réussi quelquefois chez l'homme, dit-on ! C'est possible ; mais, pour ma part, pénétré de cette morale, qu'il ne faut pas faire aux autres ce qu'on ne voudrait pas qui vous fût fait, je me garderai bien de la mettre jamais en pratique sur aucun de mes *semblables*.

Je finis cette longue note, que je n'ai pas su faire plus courte, par une dernière observation : c'est qu'ici, encore plus qu'ailleurs en thérapeutique, il faut bien se garder d'être absolu. La médication ne saurait jamais sans inconvénient être préconçue. On ne doit marcher qu'en tâtonnant. Rien n'est capricieux comme un estomac de pneumatosique. Tel remède, tel aliment, tel usage hy-

giénique qui aura merveilleusement réussi la veille chez un malade, échouera et sera même nuisible le lendemain, non-seulement chez un autre, mais encore chez lui-même. Il est remarquable surtout qu'il est rare que l'estomac d'un malade qui *s'écoute* ne soit pas très-impressionné d'une ingestion qu'il a pressenti devoir être bonne, et réciproquement, alors que ces pressentiments allaient à l'encontre des probabilités fournies par l'expérience antérieure.

En résumé, il est certain que la pneumatose gastro-intestinale, l'une des maladies les moins étudiées, est précisément une des plus difficiles à soigner, et surtout à guérir.

RÉPONSE DE M. FONSSAGRIVES.

Les lecteurs du *Bulletin* ne se plaindront pas de la lumière pratique qui vient d'être jetée sur cette question si intéressante par la communication de M. Ripoll, et je me félicite, pour mon compte, de l'avoir indirectement provoquée. Je ne sais quel ancien estimait qu'une maladie ne peut être bien soignée que par un médecin qui en souffre ou qui en a souffert les atteintes, et le Traité *De podagrâ*, de Sydenham, le livre de Baumès sur les maladies ventenses, le *Traité de l'asthme*, de mon vénéré et affectionné maître le docteur Amédée Lefèvre, etc., sont là pour prouver la justesse de cette trop cruelle exigence. Ma description, je l'avoue, était purement *objective*, et je ferai mon profit des détails personnels intéressants que contient celle de M. Ripoll, surtout en ce qui concerne l'influence du régime sur la production des flatuosités; mais je crains que l'honorable correspondant du *Bulletin* n'ait trop *individualisé* sa description et ne lui ait pas donné, tout à fait à son insu, ce caractère de généralité que comportait une étude de cette nature. C'est bien là sa pneumatose; mais est-ce la pneumatose du plus grand nombre, et le procédé expéditif qu'il indique, et qui consiste dans la titillation de la luette, rendra-t-il à d'autres les services qu'il lui a rendus? Il faut attendre des faits confirmatifs pour savoir si « *la clef de cet affreux mystère* » ne serait pas par hasard du nombre de celles qui n'ouvrent qu'une porte? Je me permettrai d'adresser un reproche à mon très-honoré confrère : c'est de n'avoir peut-être pas traité la question de la ponction stomacale ou intestinale *dans le cas de pneumatose offrant un danger pressant* avec toute la gravité qu'elle mérite. C'est une opération très-régulière, qui se fait d'une manière usuelle et avec succès en Bolivie, et qui, pratiquée chez nous par des hommes tels que Velpeau, Nélaton,

Blache, Maisonneuve, constitue une précieuse ressource et mérite qu'on la pèse avant de la condamner. M. Ripoll a certainement bien raison de ne pas vouloir faire chirurgicalement à autrui ce qu'il ne consentirait pas à subir lui-même ; mais je me conforme également à cette loi de toute morale en affirmant qu'en cas de *pneumatose asphyxique rebelle aux autres moyens*, j'utiliserais cette ressource pour les autres, et je la réclamerais pour moi-même. Je tenais à signaler cette dissidence pratique, comme je tiens à reconnaître tout ce qu'a d'intéressant dans le fond et de courtois dans la forme l'article de mon très-distingué confrère.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'anesthésie locale.

Par M. P. Tillaux, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Abolir la sensibilité dans une partie circonscrite du corps, afin d'éviter les accidents toujours possibles de l'anesthésie générale, est un problème que les chirurgiens ont essayé de résoudre depuis un certain nombre d'années. Il n'est pas nécessaire d'en faire ressortir toute l'importance. Un grand nombre de petites opérations, telles qu'ouvertures d'abcès, extractions de corps étrangers, extirpation d'une partie limitée, ongle incarné, tumeur pédiculée, etc., causent souvent au malade une frayeur extrême, et cependant ce n'est qu'avec répugnance qu'un chirurgien prudent administre alors le chloroforme, car il a toujours présents à l'esprit ces cas de mort si malheureux succédant à une opération d'ongle incarné, d'extraction d'un petit séquestre, etc. Ce serait donc un grand bienfait rendu aux malades que de leur éviter une douleur souvent très-vive, quoique passagère, en ne leur faisant courir aucun danger.

L'attention des chirurgiens a été de nouveau éveillée sur ce point à propos d'un nouvel instrument très-ingénieux d'un médecin anglais, M. Richardson, et d'une communication faite par M. Le Fort à la Société de chirurgie.

Les praticiens ont songé à obtenir l'anesthésie locale dans deux circonstances : 1° pour combattre l'élément douleur, dans les viscéralgies, par exemple, et c'est à l'injection de substances toxiques, provenant du règne organique ou du règne minéral, qu'ils

ont eu recours pour obtenir ce résultat ; nous n'en parlerons pas dans cet article.

2° L'anesthésie est recherchée dans un but prophylactique, non plus pour calmer la douleur, mais pour la prévenir. Un sel de potassium, le bromure, jouit de la remarquable propriété non pas d'abolir, mais de diminuer notablement la sensibilité dans certaines parties du corps ; elle a été mise à profit pour les opérations de la staphyloraphie par MM. Gosselin, Guersant. L'ancien rédacteur de ce journal, Debout, combattit très-efficacement par ce moyen certaines névralgies du col vésical, de la muqueuse de l'urètre. Je ne m'occuperai pas non plus de cet agent anesthésique, qui, quoique agissant localement, et spécialement sur les muqueuses bucco-pharyngiennes et génito-urinaires, ne saurait être d'aucun secours dans la pratique de la plupart des opérations chirurgicales.

Le chirurgien peut-il produire une anesthésie locale et passagère sur un point quelconque du tégument externe ou interne, anesthésie telle, qu'il lui soit possible de pratiquer des incisions sans causer aucune douleur au malade ? Quels agents emploiera-t-il ? Comment les emploiera-t-il ? Je passerai en revue ces différentes questions.

L'insensibilité d'une partie peut être déterminée par la cessation de l'afflux nerveux et par la cessation de l'abord du sang ; c'est ainsi que M. Velpeau avait fait remarquer il y a bien longtemps que la compression à la racine d'un doigt amène un engourdissement notable ; c'est au refroidissement, à la congélation des parties molles, que les chirurgiens ont recours pour produire l'anesthésie locale.

Deux moyens de congélation sont aujourd'hui en présence : le *mélange réfrigérant*, la *vaporisation de l'éther*.

Mélange réfrigérant. — Dans la séance du 14 mars dernier, à la Société de chirurgie, M. Velpeau a défendu le mélange réfrigérant (glace, 4 parties ; gros sel, 1 partie) que James Arnott a fait connaître en France. Je n'ai pas besoin de signaler l'efficacité de ce mélange, tous les chirurgiens l'ont employé avec succès, principalement pour l'opération de l'ongle incarné. Il a été utilisé aussi pour des ouvertures d'abcès, amputations de phalanges, extirpation de loupes, etc. C'est donc sans nul doute un bon moyen, qui a rendu des services. « Il serait vraiment fâcheux, disait M. Velpeau à la Société de chirurgie, de voir abandonner un moyen aussi simple, aussi sûr et aussi inoffensif. »

Il est incontestable cependant que le mélange réfrigérant présente quelques inconvénients. Il est parfois fort difficile dans les campagnes de se procurer de la glace, le chirurgien a toujours de l'éther à sa disposition. La réaction qui suit l'emploi du mélange est souvent accompagnée d'une douleur extrêmement vive, et même quelques points sphacelés peuvent apparaître, ainsi que l'a fait observer M. le docteur L. Labbé. La réfrigération, a-t-on répondu, a été alors poussée trop loin ; mais il est assez difficile de surveiller exactement les réfrigérants, puisque la partie doit être enveloppée complétement par le mélange.

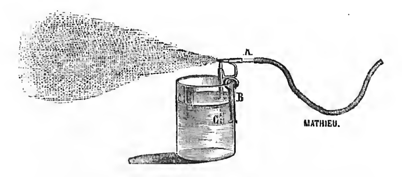
Le chirurgien ne perd jamais de l'œil la partie sur laquelle il va opérer dans le refroidissement par l'éther. Que le mélange réfrigérant soit employé pour ouvrir, je suppose, un abcès de la poitrine, la fonte de la glace mouillera les parties voisines, inconvénient faible, je veux bien, mais que l'on évite avec l'éther. Il est évident que les deux moyens donnant le même résultat final, il faudra choisir celui qui offre le moins d'inconvénients, ces derniers fussent-ils minimes.

Vaporisation de l'éther. — L'éther projeté sur la peau emprunte à celle-ci la chaleur nécessaire pour passer de l'état liquide à l'état gazeux, c'est-à-dire pour s'évaporer. L'évaporation est rendue beaucoup plus active par l'action d'un courant d'air. Depuis longtemps les chirurgiens ont songé à tirer parti de ces faits pour produire le refroidissement de la peau et son insensibilité. En 1854, M. Guérard a publié dans l'*Union médicale* les résultats qu'il avait obtenus à l'aide d'un appareil construit sur ses indications par M. Mathieu. C'était une seringue remplie d'éther à laquelle était adaptée la douille d'un soufflet ordinaire. M. Richet obtint également des résultats satisfaisants à l'aide de cet appareil. Nul doute que l'instrument imaginé par M. Richardson, et dont nous parlerons plus loin, n'ait réalisé un progrès, puisqu'au lieu de projeter simplement l'éther, il le pulvérise, ce qui augmente singulièrement la rapidité de l'évaporation et par conséquent du refroidissement ; mais nous tenons à faire remarquer que l'idée première est toute française. Le premier appareil a été construit en France, et depuis cette époque les chirurgiens français n'ont cessé de pratiquer des opérations, et spécialement celle de l'ongle incarné, en frappant les parties d'anesthésie avec l'éther. — Voici du reste le dessin de l'appareil de M. Guérard.

Je ne saurais trop engager les praticiens à extraire l'ongle incarné par le procédé suivant (à défaut des appareils nouveaux). Je

l'ai employé souvent et avec succès depuis qu'il m'a été enseigné par M. le professeur Richet.

Serrer avec un ruban de fil la racine de l'orteil, de façon à interrompre la circulation veineuse. Puis laisser tomber goutte à goutte l'éther sur l'ongle, en soufflant avec la bouche ou avec un soufflet ordinaire. Après une minute, l'orteil, rouge d'abord, pâlit, se décolore, devient blanc, et après deux minutes et demie à trois minutes au plus, l'opération peut être faite sans que le malade accuse aucune douleur, même si l'on pratique, comme le conseille M. Denonvilliers, l'excision de toute la matrice de l'ongle et du rebord saillant qui le recouvrait. La ligature est alors enlevée et des compresses trempées dans l'eau froide appliquées sur l'orteil. La douleur est ordinairement nulle, ainsi que la réaction, et la guérison rapide.



J'ajouterai que les malades qu'il m'a été donné de revoir, et que j'avais opérés par le procédé Denonvilliers, n'ont pas eu de récidives.

J'arrive au mode nouveau d'anesthésie locale, à l'appareil de Richardson, qui, nous l'avons déjà dit, n'a fait que réaliser beaucoup mieux l'idée de Guérard, en pulvérisant l'éther. Cet appareil est certainement très-ingénieux. Mon ami le docteur Labbé, chirurgien de la Salpêtrière, l'a dernièrement rapporté de Londres, et je dois à son obligeance d'en pouvoir donner une description succincte.

Cet appareil consiste en un flacon de verre dans lequel on met l'éther. Ce flacon est fermé par un bouchon percé d'un trou donnant passage au pulvérisateur. — Nous ne croyons pas devoir donner une description détaillée de cette partie de l'appareil : qu'il nous suffise de dire que l'éther, chassé au dehors par la pression

de l'air que l'on introduit dans le flacon, en sort à l'état de ténuité extrême.

Le mode d'insufflation de l'air est des plus ingénieux et rend très-facile pour le chirurgien l'emploi de cet appareil. Il suffit en effet, le bouchon étant placé sur le flacon, d'exercer avec la main gauche des pressions intermittentes sur une boule de caoutchouc située à l'extrémité d'un tube de même matière, communiquant avec l'intérieur du flacon, pendant que l'on dirige avec la main droite le jet d'éther pulvérisé sur la partie à anesthésier. Une autre boule, également en caoutchouc et située vers le milieu du tube, sert de réservoir d'air et permet d'obtenir un jet continu, malgré l'intermittence nécessaire des pressions que l'opérateur exerce sur la première boule.

L'appareil que nous venons de décrire peut projeter sur la région à opérer plusieurs jets d'éther. Il en existe un d'une forme spéciale destiné à anesthésier la muqueuse buccale.

Le pulvérisateur de M. Richardson a été employé un grand nombre de fois en Angleterre. Voici ce que publie à ce sujet *The Lancet* du 16 avril :

« L'éther employé doit être très-pur ; sans quoi le refroidissement se fait moins vite et s'accompagne d'une sensation désagréable à la peau. Le chirurgien doit diriger un ou plusieurs jets sur les téguments, suivant l'étendue de l'incision qu'il est utile de pratiquer. L'anesthésie locale par l'éther ne donne lieu à aucune réaction douloureuse, les tissus glacés reviennent promptement à la vie.

« Le jet doit être projeté à une distance d'environ 3 à 4 centimètres. Il survient très-rapidement une coloration blanche de la peau indiquant que celle-ci est insensible.

« M. Spencer Wells a pratiqué une ovariotomie à l'aide de l'anesthésie locale. Il put diviser la peau et appliquer le clamp sur le pédicule sans que la malade accusât aucune douleur.

« Trois fistules à l'anus ont été également opérées sans douleur. Il en fut de même pour une incision du sphincter et l'extirpation d'un polype du rectum. De même pour un lipôme de l'épaule droite et plusieurs loupes de la tête, etc. L'anesthésie par l'éther a encore été employée avec succès en Angleterre pour les amputations des doigts, des opérations de phimosis. »

Le même article mentionne encore une opération césarienne faite avec un succès complet à l'aide de l'anesthésie locale.

Nous reproduisons un résumé de cette observation qui se trouve dans la *Gazette hebdomadaire*.

Le 28 mars, le docteur Greenhalgh demanda au docteur Richardson si, dans une opération césarienne qu'il devait faire le lendemain, on pourrait employer l'anesthésie locale, la malade se refusant à l'emploi du chloroforme. M. Richardson modifia son appareil pour cette circonstance, dans laquelle il fallait obtenir l'anesthésie sur une large surface. Il employa un large flacon à deux tubulures, et dans chacune d'elles était engagé l'appareil ordinaire, c'est-à-dire le tube percé d'une petite ouverture et le tube de caoutchouc terminé par la poire élastique servant de soufflet.

L'opération fut faite le 29 mars. Le docteur Greenhalgh ayant indiqué à M. Richardson l'endroit où il voulait faire son incision, ce dernier commença à projeter l'éther vers le centre de l'espace désigné; puis, tenant les deux tubes suivant une ligne horizontale, il continua à promener le jet de poussière éthérée de haut en bas, suivant la ligne où devait être faite l'incision et en maintenant l'orifice du tube à une distance de la peau d'environ un pouce et demi. Après cinquante-cinq secondes l'insensibilité fut complète et M. Greenhalgh fit son incision qui le mena de suite jusqu'à l'utérus, tandis que M. Richardson suivait avec le jet d'éther le trajet du bistouri. Pendant tout ce temps, la malade ne perçut aucune douleur. Un jet d'éther fut projeté sur l'utérus; mais, suivant ce qui avait été arrêté d'avance, on ne dirigea plus la poussière anesthésique que sur la peau de l'abdomen, à droite de l'incision et au-dessous du niveau de l'ombilic.

M. Greenhalgh incisa l'utérus, introduisit la main, mais éprouva quelques difficultés tenant aux contractions utérines. A ce moment, la malade montra quelques signes de malaise et demanda : « Que fait-il ? » Peu après, le docteur Greenhalgh saisit les pieds de l'enfant et le retira. Au moment où les membranes furent rompues et où les eaux de l'amnios s'échappèrent avec quelque bruit, la malade tressaillit et dit avec l'accent ordinaire des accouchées pendant les premières contractions utérines : « Pour sûr, je vais mourir. » L'assurance qu'elle était sauvée et que l'enfant était retiré ramenèrent le calme. L'état de rétraction de l'utérus engagea M. Greenhalgh à ne pas appliquer de points de suture sur cet organe, qui, du reste, avait disparu sous l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Après avoir attendu vingt minutes, de crainte d'hémorrhagie amenée par la réaction, on procéda à l'occlusion de la plaie extérieure. Un jet d'éther fut dirigé sur l'endroit où devait être introduit chaque point de suture, et aucune douleur ne fut perçue. Mais après l'opération

et le départ de M. Richardson, on crut devoir appliquer un point de suture supplémentaire sur une partie où il y avait un peu d'écartement. Cette fois, la malade cria qu'on lui traversait la peau avec une aiguille. Les résultats de l'opération furent remarquables. La plaie guérit par première intention. Le 4 avril, M. Greenhalgh retira quatre sutures, et le 7 avril, dix jours après l'opération, la malade n'éprouvait aucun accident. L'enfant malheureusement, qui n'avait que sept mois, mourut une heure après sa naissance.

Nous ajouterons à l'observation, publiée seulement à cause du mode d'anesthésie employé, ce détail important qu'elle ne renferme pas, et qui nous a été donné par un de nos amis, le docteur Lazarewith, de Karkhoff, présent à l'opération : c'est que la malade était affectée d'un carcinome du col de l'utérus qui ne paraissait pas pouvoir permettre le travail de l'accouchement.

En France, M. le docteur Labbé a appliqué avec un succès complet l'anesthésie locale à l'extirpation d'un ongle incarné. Depuis quelque temps, M. le docteur Dolbeau, à sa clinique de l'Hôtel-Dieu, s'est plusieurs fois servi de l'appareil de Richardson.

Voici le résumé des faits qu'a bien voulu nous transmettre M. Planchon, interne de service :

Du 24 avril au 4 mai, M. Dolbeau a employé quatre fois l'anesthésie locale par l'éther dans les conditions suivantes :

24 avril. Ongle incarné.

L'anesthésie fut produite au moyen de l'appareil de Richardson. A la sensation initiale de froid succédèrent, pendant les cinq minutes qui furent consacrées à l'anesthésie, des picotements désagréables au pourtour de la partie malade. Pendant l'opération, absence complète de douleur. Le malade n'était cependant pas étranger à ce qu'on lui faisait. Il eut conscience de l'introduction à plat de la lame des ciseaux, de la section et de l'arrachement de l'ongle. Pour la dissection et l'ablation de la partie sous-unguéale, il paraît peindre bien rigoureusement ses impressions en disant : « Je ressentis ce qu'on éprouve quand, ayant appuyé fortement de la mie de pain sur l'extrémité d'un doigt, on l'enlève en la décollant. »

26 avril. Resection de l'épaule.

Homme de trente-six ans, très-pusillanime, atteint depuis dix ans de scapulalgie avec fistules entretenues par la nécrose de la tête humérale.

Deux appareils de Richardson fonctionnant en même temps pendant sept minutes produisent une anesthésie très-satisfaisante. Sensation de froid, mais pas de picotements désagréables.

Lors de la section circulaire de la peau au-dessous de l'acromion (procédé de Morel méthodisé par Nélaton), le malade éprouve une sensation qu'il compare à celle que donne le passage de la pointe d'un crayon sur son autre épaule. Lors de la section du deltoïde, il lui semble que le corps étranger avait augmenté de volume. En un mot, il ne se douta de toute la première partie de l'opération que par la sensation de chaleur qu'il éprouva par le contact du sang qui lui coulait dans le dos. Il n'en fut pas de même pendant la fin de l'opération. Pour luxer la tête de l'humérus, on fut obligé de pratiquer sur le bras des mouvements violents, et alors le malade éprouva des douleurs intenses dans les parties profondes de l'épaule et dans les points éloignés qui n'avaient pas subi l'influence de l'anesthésie locale. Trois quarts d'heure après l'opération, le malade n'avait eu absolument aucune douleur. Elles vinrent alors peu à peu avec tous les caractères de celles qui suivent les grands traumatismes.

1er mai. Abcès sous-périostique du fémur.

Après avoir soumis pendant cinq minutes aux vapeurs d'éther le lieu où devait être pratiquée l'incision, M. Dolbeau la fit très-profondément. Le malade n'accusa aucune douleur, ce fut seulement quand on exerça des pressions sur la cuisse pour faire sortir le pus, qu'il eut conscience de l'opération. Il n'a pu nous donner aucun détail sur ce qu'il éprouva; il avait le délire au moment de l'opération et aujourd'hui il n'a conservé aucun souvenir, si ce n'est la sensation de froid produite par l'éther.

4 mai. Kyste hydatique du foie.

Femme de trente-cinq ans.

On pratique l'anesthésie locale pour l'introduction des aiguilles dans le sac à travers la paroi abdominale (Trousseau). Les pressions nécessitées par l'introduction excitaient des douleurs profondes, mais les piqûres nullement. La malade avait connaissance de la pénétration du corps étranger; elle le sentait, mais sa sensation n'était pas douloureuse. L'anesthésie, établie d'abord pendant quatre minutes, fut continuée pendant cinq environ, temps que dura l'introduction de quarante et une aiguilles.

Dans ces deux derniers cas, l'anesthésie fut produite au moyen d'un appareil fourni par MM. Robert et Collin, appareil dont le principe est le même que celui de Richardson, mais dans lequel la pression avec l'éther est fournie par une pompe à air foulante.

De ces faits, il semble résulter que, par le refroidissement pro-

duit au moyen de la vapeur d'éther, on obtient une analgésie absolue, mais non une anesthésie complète.

Je n'ai eu moi-même que trois fois l'occasion d'employer le pulvérisateur anglais, dont deux pour l'ouverture d'abcès superficiels : le malade a senti le contact des instruments et pas de douleur. C'est un fait curieux que M. Planchon a déjà signalé dans sa note.

Le troisième cas, c'est une femme très-pusillanime qui ne se décida que sur mes instances à se laisser ouvrir un panaris de la première phalange. Le jet d'éther fut projeté sur le doigt pendant quatre minutes et l'incision pratiquée sans que la malade ressentît la plus légère douleur. Comme dans les cas précédents, elle eut conscience du contact du bistouri.

L'anesthésie locale est appelée, croyons-nous, à rendre de grands services. Que de fois le chirurgien pourra éviter ainsi l'anesthésie générale chez des malades pusillanimes qui refusent obstinément toute espèce d'opération, si minime qu'elle soit, sans l'aide du chloroforme ! L'idée est déjà ancienne, avons-nous dit, et cependant, rarement le chirurgien la met à exécution. Pourquoi ? C'est évidemment à cause de l'insuffisance des appareils. Celui de M. Guérard est même aujourd'hui complétement laissé de côté, la jeune génération ne l'a jamais vu fonctionner dans les hôpitaux. Le refroidissement se produit assez lentement, et l'anesthésie, ainsi que l'a fait observer M. Perrin à la Société de chirurgie, est superficielle et ne protégerait pas le malade contre la douleur au même degré que le mélange d'Arnott.

L'éther pulvérisé s'évapore beaucoup plus rapidement, et anesthésie d'une façon plus prompte et plus complète les parties molles. De plus, l'appareil de M. Richardson est d'un usage extrêmement facile. Nous avons déjà dit pourquoi nous donnons l'avantage à l'éther sur le mélange réfrigérant, à pouvoir anesthésique égal, bien entendu. J'ajouterai ici qu'il n'est pas nécessaire pour ouvrir un abcès, par exemple, d'anesthésier toute la surface de la collection purulente, mais seulement le point précis où doit porter le bistouri. On ne peut arriver à ce résultat avec le mélange d'Arnott ; il est très-facile au contraire de limiter l'action de l'éther à l'aide du jet très-fin de l'appareil. Il est des parties du corps où l'application du mélange réfrigérant est désagréable et peu aisée, à la face, par exemple : rien de plus simple avec l'appareil de Richardson. Il est incontestable que, dans bon nombre de cas où une simple incision est nécessaire, la difficulté, parfois l'impossibilité de se procurer de la glace, la longueur des préparatifs, la disposition peu favorable de la partie

à opérer, font que le chirurgien ne songe même pas à l'anesthésie locale ; le malade supporte alors une douleur qu'il aurait pu éviter, ou bien, ce qui n'est pas rare, il s'en remet à la nature, et de là certaines complications.

L'appareil de Richardson est toujours prêt à fonctionner; il se manie si aisément, que le chirurgien sera beaucoup plus disposé à obtempérer à la demande du patient, à lui proposer même le bénéfice de l'anesthésie. Il n'est pas possible, par exemple, de songer au mélange réfrigérant pour les petites opérations, parfois fort douloureuses, qui se pratiquent journellement dans les consultations des hôpitaux ; tandis que rien ne serait plus aisé que d'anesthésier ou faire anesthésier par les élèves, sans grande perte de temps, une bonne partie des malades, désireux d'éviter la douleur.

Il résulte de ces quelques réflexions, que je considère l'appareil de Richardson comme bien supérieur au mélange réfrigérant à tous égards, et je pense que ce dernier, malgré l'énergique protection de M. Velpeau, ne tardera pas à être abandonné, s'il se confirme, comme je le crois, que son pouvoir anesthésique ne l'emporte pas sur celui de l'éther pulvérisé.

Faut-il conclure de ce qui précède, à l'exemple de certains chirurgiens anglais, que l'anesthésie générale va disparaître et céder le pas en toute circonstance à l'anesthésie locale? Ce serait singulièrement exagérer l'importance de cette dernière. Les tentatives qui ont été faites jusqu'à présent pour les opérations de la grande chirurgie ne nous autorisent pas suffisamment à le croire ; on ne peut toutefois qu'encourager les essais de ce genre, tout en prévoyant leur succès incomplet, sinon leur insuccès; c'est un idéal difficile, pour ne pas dire impossible à atteindre, mais qu'il est bon de poursuivre, car le domaine de l'anesthésie en sera nécessairement accru.

Je résumerai ainsi ce qui précède :

L'anesthésie locale est un moyen précieux peu usité jusqu'alors et dont les chirurgiens doivent le plus possible généraliser l'emploi.

Il convient surtout dans les opérations dites de petite chirurgie, toutes les fois qu'il suffit d'inciser la peau et le tissu cellulaire souscutané.

Le mélange réfrigérant d'Arnott (glace et sel marin) donne de bons résultats ; mais la réaction douloureuse qui suit parfois son usage et la difficulté relative de son application doivent lui faire préférer l'éther.

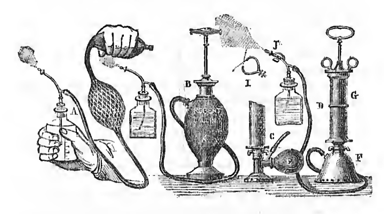
L'appareil de Richardson fait faire un grand pas à l'anesthésie

locale. Il projette de l'éther pulvérisé, d'où sa supériorité sur celui de M. Guérard, auquel appartient toutefois l'idée première.

Le pulvérisateur anglais, très-simple et très-ingénieux, me paraît devoir rendre de réels services à la pratique.

Nous ne doutons pas que les chirurgiens ne fassent de nombreux essais, qui vérifieront l'exactitude des assertions précédentes. Certains reproches ont été adressés à l'appareil anglais; quelques modifications ont déjà été apportées, et nous savons que nos fabricants d'instruments de chirurgie s'occupent activement à cette heure de le rendre et plus puissant et d'un maniement plus facile. Nous mettrons prochainement les lecteurs du *Bulletin* au courant des progrès conçus et réalisés dans cette voie.

Voici du reste des dessins qui montrent l'appareil de Richardson et les modifications que lui ont fait subir nos fabricants.



La figure A représente l'appareil de Richardson.

Les autres figures représentent des appareils avec récipient d'air pour activer l'action atmosphérique réfrigérante, et notamment celui figure B et ceux figures C et D avec les récipients F. Ces derniers, qui sont de dimension très-portative, sont munis de deux soupapes sur lesquelles on monte une simple seringue ordinaire, n°s 2, 3 ou 4, modèle Charrière, que tous les chirurgiens possèdent, et dont le pas de vis n'a pas été changé depuis trente ans, ainsi que le piston à double parachute, ce qui suffit non-seulement pour compléter l'appareil à éthérisation locale, mais encore pour appliquer des ventouses et surtout pour servir de pompe à douches, à pulvérisation et aux usages de l'irrigateur Eguisier.

Ce qu'il importe de remarquer dans ces appareils de MM. Robert

et Collin, c'est qu'il existe un robinet qui permet de régler la dépense de l'éther. Il est figuré en J, fig. D.

En I est représenté un double jet pour l'anesthésie alvéolaire.

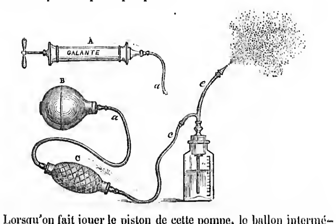
L'appareil de M. Galante, construit sur les indications de M. Salles Girons, se compose :

1° D'un flacon gradué qui contient l'éther E;

2° D'un tube particulier qui traverse le bouchon C;

3° D'un ballon en caoutchouc A;

4° D'un petit corps de pompe.



Lorsqu'on fait jouer le piston de cette pompe, le ballon intermédiaire se remplit d'air comprimé. Cet air arrive bientôt au tube d'embouchure et provoque l'ascension du liquide qu'il pulvérise en le soufflant par l'extrémité.

Il en résulte un jet de poussière poussé par l'air de la pompe et qu'on peut diriger sur la surface de l'opération.

On comprend que l'éther ainsi divisé et soufflé doit produire sur l'organe une évaporation rapide qui opère elle-même un refroidissement intense. Il suffit d'une minute de projection sur un thermomètre pour le voir baisser jusqu'à — 16° ou 17°.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur la pepsine et ses préparations.

Par M. Amédée Vée.

Lorsqu'un médicament, après plusieurs années d'expérimentation qui ont démontré son utilité, a pris définitivement sa place

dans la matière médicale, il peut y avoir intérêt à résumer ses principales propriétés chimiques, et à rappeler les diverses formes sous lesquelles on doit l'employer, pour ne pas en neutraliser les effets, et pour l'accommoder aux goûts et aux susceptibilités variables des malades. Un semblable travail est d'autant plus utile, que des affirmations intéressées ont contribué à jeter le doute sur les points les mieux établis de son histoire : ébranlés par des assertions contradictoires, les praticiens tombent dans l'hésitation et reculent souvent devant l'application d'un remède auquel il serait cependant naturel d'avoir recours, parce que son emploi est totalement exempt d'inconvénient, et que les résultats de l'expérience, affirmatifs ou négatifs, apparaissent dès son début. Telle me paraît être la situation à l'égard de la pepsine. Le promoteur de ses applications, M. le docteur L. Corvisart, et son collaborateur M. Boudault, en avaient si bien tracé la pharmacologie, que depuis la publication de leurs travaux, rien de bien saillant n'y a été ajouté, quelles que soient les prétentions des auteurs de formules nouvelles. Les indications qu'ils ont données, complétées par les faits tirés du Rapport lu récemment par M. Guibourt à la Société de pharmacie, me guideront principalement dans cette esquisse.

Est-il besoin de rappeler que la pepsine est le ferment gastrique, dont la fonction est d'agir sur la fibrine du sang et des muscles pour la liquéfier et la transformer en une substance assimilable, ou du moins directement absorbable (*peptone*), dont nous aurons occasion de rappeler les caractères ? Bien des dyspepsies sont dues à une sécrétion insuffisante de ce ferment; on a pu le supposer dès l'époque de sa découverte, et être conduit ainsi à emprunter la pepsine aux animaux ; mais de ces vues théoriques à une utile application, la distance était grande et difficile à franchir : on y est heureusement parvenu.

Les animaux dont les estomacs donnent la pepsine officinale sont nécessairement ceux qu'on sacrifie en grand nombre dans les abattoirs : le porc, le veau ou le mouton. C'est au dernier qu'à Paris on s'adresse de préférence. Aussitôt après la mort de l'animal, on en retire la caillette, on l'ouvre, on la lave, et on en frotte la muqueuse avec une brosse de chiendent. A la brosse s'attache une petite quantité de matière pulpeuse qu'on recueille ; il ne faut pas moins de cinq cents caillettes pour en fournir dix litres. Cette pulpe est délayée dans l'eau et jetée sur une toile après deux heures d'agitation intermittente; on obtient ainsi une liqueur claire qui contient en dissolution la pepsine associée à des matières fort com-

plexes. On pourrait la précipiter par l'alcool et la purifier par des précipitations et des redissolutions successives. Ce procédé serait fort dispendieux; il est préférable de verser dans cette liqueur une dissolution d'acétate de plomb. On recueille le précipité, formé principalement de pepsine et d'oxyde de plomb; on le lave et on le met en suspension dans une nouvelle quantité d'eau, qu'on fait traverser par un courant d'acide sulfhydrique. Le plomb passe à l'état de sulfure; la pepsine, devenue libre, se redissout dans l'eau. On évapore cette nouvelle dissolution à une température qui ne doit pas dépasser 45 degrés : si on la chauffait davantage, la pepsine perdrait ses propriétés digestives.

On obtient ainsi une matière presque solide, de couleur ambrée, d'une odeur particulière, d'une saveur acidule, presque entièrement soluble dans l'eau. Elle peut sans doute recevoir le nom de *pepsine ;* il ne faut cependant pas oublier que ce n'est pas de la pepsine pure : son activité varie suivant la proportion des matières étrangères qui ont été entraînées avec elles, et probablement aussi suivant l'espèce et l'état physiologique de l'animal qui l'a fournie. On ne saurait donc, comme on l'a proposé, lui donner le nom de *pepsine officinale,* et l'introduire dans la pratique sans employer des moyens convenables pour lui assurer un degré d'activité uniforme. La première précaution à prendre est de la *titrer*. Je reviendrai plus tard sur l'essai de la pepsine. Supposons pour le moment qu'on a déterminé la quantité du produit dont il s'agit nécessaire pour transformer complétement en *peptone* 6 grammes de fibrine ; cette quantité formera *une dose* de pepsine : c'est l'unité de convention en usage dans la posologie de la pepsine. La création de cette unité était nécessaire, puisque nous ne pouvons pas mettre la pepsine pure dans la balance; lorsqu'on a déterminé par le titrage la quantité de chaque pepsine qui lui correspond, on est sûr de pouvoir obtenir des effets comparables avec un médicament qui n'est cependant jamais identique. Mais sera-t-il nécessaire d'inscrire sur l'étiquette de chacun des flacons qui la contient quelle est la quantité correspondante à une dose, pour que le pharmacien puisse en tenir compte dans ses manipulations? Cette complication a pu être évitée par le mélange d'une matière inerte, l'amidon, qui sert à ramener chaque dose de pepsine à un poids constant. La pepsine titrée est donc triturée avec de l'amidon, en proportion telle, que 1 gramme du mélange contienne la quantité de ferment nécessaire pour transformer en peptone 6 grammes de fibrine; on obtient ainsi la *pepsine amylacée*. C'est une poudre d'un blanc jaunâtre, d'une odeur et

d'une saveur peu agréables, mais qui ne doivent être ni ammoniacales, ni putrides. Elle n'attire pas sensiblement l'humidité de l'air, et ne s'altère qu'au bout d'un temps fort long. Elle contient naturellement une petite quantité d'acide libre; mais, pour assurer encore son activité, on ajoute habituellement à la pepsine amylacée une petite quantité d'acide tartrique. Il existe cependant aussi de la pepsine dite *neutre*, c'est-à-dire sans addition. On ne doit la prescrire que lorqu'on a lieu de supposer dans l'estomac la présence de liquides acides naturellement sécrétés.

Telle est la forme sous laquelle la pepsine se trouve presque exclusivement dans le commerce, auquel les pharmaciens sont forcés de la demander, non-seulement parce que sa préparation demande beaucoup d'habitude, mais surtout parce qu'il n'est pas facile de se procurer des estomacs d'animaux en quantité suffisante et bien conservés. Il est donc indispensable de rechercher les moyens d'en constater la bonne qualité. Le problème n'est pas facile à résoudre, car la pepsine n'est pas une matière qu'on puisse, dans l'état actuel de la science, isoler à l'état de pureté et peser, comme on le fait, par exemple, pour la morphine d'un opium dont on veut apprécier la qualité. On en est réduit à la juger par ses effets : effet sur l'organisme vivant par l'expérimentation thérapeutique, effet sur la fibrine du sang dans les digestions artificielles. L'essai clinique de la pepsine est plus facile à faire que celui de la plupart des autres médicaments, parce que son action est toujours prompte. Lorsqu'elle se produit, il n'est guère possible de conserver des doutes sur la bonne qualité de la préparation; mais si elle vient à manquer, le médecin ne peut rien conclure, ne pouvant être sûr d'avoir exactement apprécié l'opportunité de son emploi. C'est alors qu'il faut avoir recours aux digestions artificielles. L'opération est délicate, et demande à être suivie avec attention dans ses moindres détails, si l'on veut être sûr d'obtenir dans toutes les expériences des résultats comparables. On introduit dans un bocal 25 grammes d'eau distillée, 1 gramme de pepsine amylacée, ou la quantité correspondante de la préparation de pepsine que l'on veut essayer, et 6 grammes de fibrine, récemment extraite du sang de veau, bien lavée et fortement exprimée. Le tout est placé dans une étuve ou dans un bain-marie, dont la température est soigneusement maintenue de + 40 à + 45 degrés pendant douze heures, et on agite toutes les deux heures. Au bout de ce temps, *la pepsine doit être presque entièrement dissoute*, ne laissant au fond du vase qu'un résidu pulvérulent, et *le liquide filtré ne doit pas être précipité par*

l'acide nitrique. Il ne faut pas perdre de vue que la pepsine n'exerce ses propriétés digestives que dans une liqueur acide ; si donc on avait affaire à une pepsine neutre ou presque neutre (ce qui se reconnaîtrait en saturant sa dissolution avec une dissolution titrée de carbonate de soude), il faudrait ajouter à l'essai ci-dessus la quantité d'acide chlorhydrique ou d'acide tartrique nécessaire pour que l'acide total soit capable de saturer 10 centigrammes de carbonate de soude.

La pepsine amylacée est facile à prendre en nature, enveloppée dans du pain azyme ; mais comme il faut compter avec les susceptibilités et les dégoûts des malades, on a dû chercher à l'introduire dans les préparations les plus diverses, et, pour répondre à bien des indications, on a voulu lui associer d'autres substances. La plus grande réserve doit être apportée dans ces tentatives. La pepsine s'altère par une faible élévation de température : les alcalis la paralysent ; les astringents, l'alcool concentré, un grand nombre de sels métalliques la précipitent ; de là le précepte de la donner presque toujours seule à une certaine distance des autres médicaments. Si cependant on se croyait obligé de réunir dans une seule préparation les éléments de plusieurs médications, les listes suivantes pourraient servir de guide :

1° *Substances qui peuvent sans inconvénient être associées à la pepsine, parce qu'elles ne réagissent pas sur elle ou parce qu'on les prescrit à trop petite dose pour que leur influence devienne sensible :* alcaloïdes végétaux et leurs sels, acide arsenieux, arséniates, arsénites, extraits narcotiques, sous-nitrate de bismuth, phosphate de chaux (exempt de carbonate) ;

2° *Substances qui ne peuvent être associées à la pepsine :* carbonates de chaux, de magnésie, carbonates et bicarbonate de potasse et de soude, carbonate de bismuth, eaux minérales alcalines, extraits végétaux en général, tous les ferrugineux, bromures et iodures avec excès d'alcali, quinquina et ses extraits, ratanhia, sels métalliques, tannin.

Il pourra certainement se rencontrer des cas particuliers dans lesquels, par suite d'une hypersécrétion acide ou de toute autre circonstance imprévue, les incompatibilités signalées n'existeront pas ; mais on ne peut pas compter sur l'imprévu. Peut-être s'étonnera-t-on aussi de voir ranger les ferrugineux parmi les médicaments qui sont incompatibles avec la pepsine ; je rapellerai que MM. Bouchardat et L. Corvisart ont vu la présence de tous les composés martiaux entraver les digestions artificielles ; ils ne font d'exception que

pour le lactate de fer ; ce dernier sel pourrait être associé à la pepsine, mais il faudrait surveiller attentivement les effets de cette médication complexe.

La pepsine sera donc donnée le plus souvent seule : immédiatement avant, pendant, ou de suite après le repas. Il nous reste à passer en revue les différentes formes pharmaceutiques qui ont été proposées pour elle.

En prescrivant la poudre de pepsine amylacée, on sera certain de se mettre à l'abri des chances d'altération provenant des manipulations. Le volume de chaque prise est assez fort et leur saveur peu agréable ; mais on sait avec quelle facilité les personnes qui ne s'effrayent pas du volume d'une poudre enveloppée dans du pain azyme mouillé, réussissent à l'avaler ; la saveur et l'odeur disparaissent ainsi complétement. On pourrait encore la renfermer dans de minces capsules gélatineuses.

La poudre peut se transformer en bols ou en pilules molles, à l'aide de quelques gouttes de sirop, mélangé de glycérine pour prévenir la dessiccation des pilules. Cette précaution répond au seul reproche qu'on puisse leur faire, en assurant leur facile dissolution dans l'estomac.

En reprenant par l'eau la pepsine titrée, avant son mélange avec l'amidon, ou en épuisant par le même dissolvant la pepsine amylacée, on obtient des dissolutions qui peuvent être mélangées à des liquides divers de saveur agréable. C'est ainsi qu'on prépare des sirops, des vins, des élixirs de pepsine. Le sirop le plus anciennement employé comme excipient est le sirop de cerises. Sa saveur masque fort bien celle de la pepsine. Tout récemment, on a proposé de lui substituer le sirop d'écorces d'oranges amères. Malgré la complexité des matières extractives contenues dans l'infusion de ces écorces, cette préparation paraît devoir réussir.

Le vin destiné à dissoudre la pepsine ne doit pas contenir de tannin : c'est au vin de Lunel qu'on a recours d'habitude. Il suffit, pour le charger de pepsine, de l'agiter pendant quelque temps avec la quantité convenable de pepsine amylacée, et de filtrer.

Tous les formulaires donnent la composition de l'élixir de pepsine de M. Mialhe, qui est universellement adopté.

Les préparations dont il a été question en dernier lieu sont de saveur agréable, et l'expérience a démontré leur efficacité. Elles ont le défaut d'être encore plus dispendieuses que la pepsine amylacée, qui est déjà d'un prix élevé. Je n'ai pas voulu allonger inutilement cet article en transcrivant leurs formules bien connues des

pharmaciens; elles sont toujours calculées de telle sorte que chaque cuillerée à bouche du liquide contient une *dose* de pepsine. Pour la même raison, je m'abstiendrai de discuter la valeur de plusieurs pepsines que l'on a récemment tenté d'introduire dans la pratique, et dont l'énumération se trouve dans le consciencieux rapport de M. Guibourt. Indépendamment de l'incertitude où nous sommes encore sur leur activité, elles paraissent moins bien appropriées à l'usage médical, par la forme sous laquelle on les présente, que la pepsine amylacée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur l'emploi du silicate de potasse dans la confection des appareils inamovibles.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

La vie active d'un praticien de campagne ne lui laisse pas toujours des loisirs suffisants pour faire profiter ses confrères des idées heureuses qui lui arrivent; un jour il apprend qu'une de ses idées a été mise en lumière par une voix plus autorisée que la sienne, et il est encore heureux de ce point de contact avec un grand praticien.

Dans votre dernier numéro (30 avril), vous nous avez donné un extrait du *Giornale Veneto* sur l'emploi du silicate de potasse en chirurgie.

Quelques mois avant la communication de M. le professeur Schuh à la Société médicale de Vienne, je faisais une semblable communication à la Société médicale du département de Vaucluse. C'était, si j'ai bonne mémoire, à la séance de février 1865; n'ayant pas encore eu l'occasion d'employer l'appareil silicaté dans un cas de fracture, je m'en étais servi comme bandage compressif avec l'intermédiaire de la ouate. Je présentai même ce jour-là, à la Société, la coque d'un appareil que je m'étais appliqué à moi-même pour expérimenter ce nouveau moyen; les membres présents purent dès lors en apprécier la dureté et la solidité. Je l'ai depuis mis en usage dans tous les cas de fracture que j'ai eu à traiter : j'en ai toujours tiré un grand avantage sous tous les rapports.

Des confrères du département, mettant à profit mon premier essai, l'ont employé aussi; parmi ceux-ci, je citerai particulièrement les docteurs Alf. Pamard et Villars (d'Avignon), et le docteur Béraud (de Carpentras), qui m'ont assuré en être très-satisfaits.

Comme M. le professeur Schuh, j'ai constaté : la simplicité et la facilité d'application du silicate de potasse; son prompt durcissement, surtout si par le calorique on hâte suffisamment la vaporisation de l'eau ; sa solidité et son imperméabilité, et par-dessus tout, son économie (avec quelques centimes de silicate on peut appliquer un appareil).

Ainsi que le docteur Aug. Minich (de Venise), je commence presque toujours par entourer le membre de ouate, pour lui éviter toute compression.

Daignez agréer, etc. Dr L. Michel.

Cavaillon, 1er mai 1866.

BIBLIOGRAPHIE.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, t. Ier, 2e série.

Si la Société médicale des médecins des hôpitaux de Paris n'existait pas, il faudrait l'inventer. Nous ne savons pas, en effet, de société scientifique qui puisse exercer sur la pratique de la médecine une influence plus salutaire que celle-là. C'est ici surtout, c'est dans les discussions intéressantes qui s'y produisent, que se marque de la manière la plus tranchée la distinction qu'il faut nécessairement établir entre une science qui, comme la médecine, est condamnée pour longtemps encore à un lent travail d'élaboration, et la pratique de cette science qui commande cependant et de suite d'incessantes applications. Assurément la science marche, et le tableau qu'une plume exercée tracerait de ses progrès, seulement depuis quelque vingt ans, pourrait inspirer un légitime orgueil aux vaillants esprits, aux observateurs laborieux, dont les noms se lient à ce progrès. Mais toutes les notions originales qui élargissent l'horizon de la science et reculent les bornes de l'intuition scientifique, ne concourent pas nécessairement à accroître le trésor des médications, des simples moyens même, dont l'art dispose pour combattre avec plus ou moins d'efficacité les maladies. L'équation entre la science et l'art ne sera peut-être jamais, hélas ! qu'une généreuse illusion ; dans tous les cas, avant de conclure rigoureusement de l'une à l'autre, il faut qu'une observation aussi attentive et prudente que judicieuse y autorise. Ce contrôle incessant des intuitions de la science proprement dite, des inductions de l'expérimentation

même, c'est la fonction essentielle, nécessaire, d'une société comme celle dont il s'agit en ce moment. Avant de montrer ce que peut dans ce sens une telle association, en indiquant seulement quelques-uns des points de la pratique médicale qu'elle a déjà éclairés, reportons-nous un instant en arrière, à l'époque où Broussais, s'enivrant de sa propre pensée, asservit momentanément au moins la plupart des intelligences au joug d'une doctrine erronée, et voyons si cette doctrine, rencontrant sur sa route un tel contrôle, celui-ci n'en eût pas tout au moins singulièrement limité la dangereuse propagation.

Sans doute, l'enseignement de l'expérience nosocomiale existait alors comme aujourd'hui, et un certain nombre d'esprits indépendants se rencontrèrent, qui, hérésiarques obstinés, ne se courbèrent point sous le niveau du fougueux réformateur; mais cette opposition resta presque sans écho, et la foule continua à affluer autour du drapeau du grand agitateur. Or, nous le disons avec une conviction profonde, si, à cette époque, la laborieuse phalange des médecins des hôpitaux de Paris eût formé la féconde association que la science possède aujourd'hui, nul doute que les excès de la doctrine physiologique n'eussent trouvé dans les lumières et le contrôle incessant de cette laborieuse association une force qui en eût singulièrement atténué l'influence dangereuse sur la pratique commune. Comment en eût-il été autrement? Supposez quelques adeptes, à imagination vive, de l'illustre médecin du Val-de-Grâce, saisissant la savante compagnie d'une question de pathologie ou de thérapeutique générale, telle qu'on la concevait alors : comprenez-vous qu'ils n'eussent pas été arrêtés dès le premier pas, et qu'à des faits manifestement vus à travers le prisme de la théorie, vingt voix n'eussent pas opposé des faits contradictoires, et qui auraient au moins et tout d'abord fait planer des doutes sérieux sur la valeur réelle des premiers? Non, sous le contrôle quotidien d'esprits distingués en contact continu avec les faits, et s'efforçant par une généreuse émulation de s'éclairer réciproquement, l'erreur ne peut longtemps faire illusion, et le jour où quelques esprits indépendants auront démontré que ce qu'on prend pour un courant profond n'est qu'un courant superficiel, la cause de la vérité aura triomphé.

Mais ne nous attardons pas davantage dans l'expression de ces regrets inutiles : la lacune que nous signalons est heureusement comblée; la Société médicale des hôpitaux de Paris existe; elle donne tous les jours des signes de la pleine vitalité dont elle jouit, non-seulement par des discussions intéressantes que tout le monde

peut apprécier, mais, ce qui vaut mieux encore, par la publication de ces discussions mêmes, qui en portent les lumineux enseignements partout où il existe des médecins soucieux du progrès de la science et de l'art.

Jusqu'ici, la Société médicale des hôpitaux de Paris s'était contentée de publier elle-même, sous la rubrique d'*Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, les principaux mémoires que la plupart de ses membres lui avaient présentés dans ses séances publiques. Elle a aujourd'hui étendu son programme, et si elle doit continuer à publier, sous l'autorité de sa haute sanction, de semblables mémoires, elle complète cette publication, ainsi que l'annonce le titre même du fascicule dont il s'agit ici, en y ajoutant le Bulletin de ses principales discussions. C'est là une innovation que, dans l'humble sphère de notre influence, nous nous faisons un devoir d'encourager, en appelant d'une manière spéciale, sur une publication si riche en ces enseignements qui répondent toujours aux préoccupations les plus actuelles de la science et de la pratique, l'attention des lecteurs de ce journal.

Telle est l'importance de ces discussions, que la plupart des journaux de médecine, qui l'ont tous parfaitement comprise, s'en sont faits, comme le *Bulletin de Thérapeutique* lui-même, les échos plus ou moins fidèles. Mais, bien que cette savante compagnie ait vu dans ce concours spontané un auxiliaire utile à la propagation d'un enseignement éminemment pratique, elle a cru devoir rendre cet enseignement plus complet encore, en donnant elle-même au public le texte précis de ces discussions ; tout le monde applaudira à cette sage et utile détermination.

Nous ne saurions, sans dépasser les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici, indiquer même sommairement les nombreuses discussions, ayant lieu au sein de la Société médicale des hôpitaux, qui sont rapportées *in extenso* dans le volume que nous avons sous les yeux : nous n'en signalerons que quelques-unes, qui suffiront à faire pressentir tout l'intérêt qui s'attache à un si grave et si utile enseignement. Parmi ces discussions aussi variées par leur objet que par la distinction avec laquelle elles sont conduites, nous avons surtout remarqué celle qui est relative à la pratique de la thoracocentèse dans l'épanchement pleurétique, et dans laquelle MM. Archambault, Hérard, Woilez, Moutard-Martin, Béhier, etc., ont plus ou moins compendieusement développé ce qu'une étude attentive leur a appris sur cette importante question. Une discussion qui ne le cède point en intérêt à celle que nous venons de rappeler, et dans

laquelle MM. Gubler, Jaccoud, Charcot, etc., ont répandu les lumières d'une science sérieuse au service d'une sagacité clinique à laquelle tous rendent hommage, est celle qui a trait à la maladie d'Addisson. Après une si lumineuse discussion, si la question n'est pas encore résolue, on peut dire assurément, sans se piquer d'être prophète, qu'elle ne peut tarder à l'être. Rien qu'à la manière dont certains problèmes sont posés et abordés, à une heure donnée de la science, on peut en pressentir dans un avenir prochain la définitive solution. Nous dirons la même chose d'une question de la plus haute portée pratique que vient de mettre à l'ordre du jour M. le docteur Villemin, celle de l'inoculabilité et de la contagion possible de la tuberculose. MM. Hérard, Gubler, Guibout, Bernutz, Chauffard, Barth, etc., ont déjà apporté dans cette discussion le contingent de leur observation personnelle. Si des faits certainement dignes d'attention ont été apportés dans le sens d'une affirmation qui, il faut bien le dire, a quelque peu surpris une foule d'esprits qui y étaient peu préparés, d'un autre côté des réserves sérieuses ont été faites par les hommes les plus autorisés, qui tendent à restreindre la portée d'une affirmation peut-être un peu absolue. C'est ainsi, par exemple, comme l'a fait remarquer M. Bernutz, que ceux qui déjà inclinent à croire à la contagion de la tuberculose viennent tout d'abord se heurter à cette pierre d'achoppement qu'il sera difficile d'écarter, c'est à savoir l'impunité du contact d'une foule d'individus avec les tuberculeux dans les hôpitaux.

Mais nous anticipons sur l'ordre de publication dont nous nous occupons en ce moment; revenons et achevons d'en bien marquer le caractère en indiquant encore quelques-uns des principaux points de la science, que nos distingués confrères des hôpitaux de Paris se sont efforcés d'éclairer dans ce premier volume.

Une question à laquelle la Société a consacré de nombreuses séances et qui malheureusement est toujours pleine d'actualité, c'est celle de la contagion de la variole, et, par conséquent, de l'utilité de l'isolement des varioleux dans les hôpitaux où ils sont admis, pour limiter la propagation du mal. Un rapport très-remarquable de M. Vidal sur cette question a été l'objet d'une discussion approfondie, à laquelle ont pris part un grand nombre de chefs de service des hôpitaux de Paris. Telle est la netteté des conclusions auxquelles a conduit cette lumineuse enquête, qu'on peut dire que la médecine sur ce point a terminé son œuvre et que le reste regarde l'administration. Espérons qu'une question corrélative à celle-là, et dont,

en ce moment même, s'occupe l'Académie de médecine, sera également posée à la Société médicale des hôpitaux de Paris et qu'elle en sortira illuminée de correctes observations : il est à peine besoin de dire que par là nous entendons les questions des revaccinations, de la vaccine humaine et animale. Assurément personne plus que nous n'a do déférence pour l'autorité de l'Académie impériale de médecine; mais en ces sortes de questions, l'Académie, organe officiel du gouvernement, hésite quelquefois devant une responsabilité sérieuse : la Société médicale des hôpitaux de Paris, plus libre en ses allures, peut y apporter plus de décision, fournir les éléments d'une solution plus prompte et sauvegarder plus vite l'intérêt sacré de la santé publique. On le voit, nous n'hésitons pas à attribuer à cette Société le rôle le plus important dans le développement progressif de la science : avec les méthodes modernes, ce rôle est une nécessité même de la situation que les choses lui ont faite.

Enfin, nous ajouterons que cette nouvelle publication est close par la mise au jour de mémoires de M. H. Roger sur la syphilis infantile, et du regrettable Thirial sur quelques difficultés de diagnostic dans certaines formes de la fièvre typhoïde. Il suffit d'énoncer los titres de ces travaux et d'indiquer les noms de ceux qui les ont signés, pour éveiller l'attention de tous les médecins qui croient au progrès et regardent comme un devoir impérieux de le suivre.

Écho fidèle de ce progrès et écho impersonnel, si nous pouvons ainsi dire, les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris* nous semblent appelés à exercer l'influence la plus heureuse sur la pratique médicale commune : puissent nos confrères le comprendre, et prêter une oreille attentive à un enseignement au-dessus duquel nous n'en voyons pas.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Cancroïde du rectum. — Extirpation. — De l'éponge employée comme moyen hémostatique. — Guérison (1). — Tout le monde sait combien les opérations sur le rectum présentent de gravité, et combien il est difficile d'arrêter les hémorrhagies qui surviennent à la suite de l'ablation de cette portion d'intestin. Les divers moyens proposés sont souvent insuffisants, ce qui s'explique par le nombre et le vo-

(1) Observation recueillie par M. H. Belbèze, interne des hôpitaux.

lume des artères divisées, et par la difficulté d'arriver sur celles-ci pour les lier ou les cautériser. Les procédés imaginés par Jean-Louis Petit et Dupuytren sont le plus souvent insuffisants; le perchlorure de fer est insuffisant et le fer rouge dangereux. C'est en raison de cette difficulté que M. le professeur Denonvilliers a proposé, dans l'ablation du rectum, de lier ses vaisseaux à mesure qu'on les coupe. M. Demarquay, pour prévenir la rétraction des vaisseaux, les lie avant de les couper; mais lorsque le mal remonte très-haut, cette précaution est impossible; tout récemment, il a dû recourir à un mode de tamponnement tout particulier pour arrêter une hémorrhagie consécutive à l'ablation du rectum; ce tamponnement fut fait avec des éponges, lesquelles, par leur qualité spéciale, absorbèrent l'eau et amenèrent la formation d'un caillot qui mit fin à l'hémorrhagie.

Le malade qui fait l'objet de cette observation est un homme âgé de trente-six ans, bien constitué et d'une bonne santé habituelle, troublée seulement par l'apparition de quelques accidents vénériens pour lesquels on lui a fait suivre un traitement antisyphilitique.

Il fait remonter à quatre ans l'origine de son affection. Avant cette époque, il assure n'avoir jamais éprouvé le moindre dérangement du côté de l'anus : pas d'hémorrhoïdes, pas le moindre trouble des voies digestives. Il raconte qu'étant tombé d'une certaine hauteur, et comme à cheval sur le rebord d'une grande caisse, il éprouva dans toute la région périnéale une forte contusion qui ne s'accompagna ni de plaie ni d'écoulement de sang, mais seulement d'une douleur très-vive qui disparut les jours suivants. Plus tard se déclarèrent les premiers symptômes de la maladie : les garde-robes, devenues plus fréquentes et douloureuses, commencèrent à se teindre de sang, et un sentiment de pesanteur, de gêne au fondement incommodait souvent le malade. Bientôt il constata lui-même au pourtour de l'anus de petites tumeurs ayant la forme de champignons très-douloureux au toucher, douleurs qui augmentaient par la marche, et qui rendaient la position assise souvent impossible. Saignant au moment des selles, ces petites tumeurs sécrétaient dans l'intervalle une sanie purulente assez abondante. Les selles devinrent même si fréquentes que, pendant plus de six mois, elles atteignirent le nombre de dix à vingt par jour. Ces troubles digestifs amenèrent un amaigrissement notable avec perte de sommeil et d'appétit. Cependant une amélioration se produisit dans les derniers temps, car ces petites tumeurs rentrèrent, à l'excep-

tion d'une seule, qui ne tarda pas à ramener les premières douleurs, mais qui disparut aussi à son tour. Un médecin, consulté en ce moment, conseilla un traitement antisyphilitique; mais le mal continuant ses progrès, le malade entra le 1er février à la Maison de santé dans le service de M. Demarquay.

A l'examen, on observe d'abord un facies légèrement pâle et amaigri. L'inspection directe du périnée ne montre aucune trace de la tumeur; la palpation abdominale n'en donne pas non plus le moindre indice; mais le toucher anal en fait constater l'existence. Le doigt parcourt facilement l'étendue du mal dont il dépasse la limite supérieure. Le tissu morbide siége surtout sur la paroi antérieure et latérale gauche du rectum et donne la sensation de plaques plus ou moins saillantes, et même de petites tumeurs d'une certaine dureté. M. Demarquay reconnaît un cancer épithélial, lequel, ayant pour siége unique la portion anale du rectum, a laissé intacts les organes voisins. Avant d'en venir à l'opération, on soumet pendant quelque temps le malade à l'iodure de potassium; mais aucune amélioration ne survenant, l'extirpation de la tumeur est pratiquée le 19 février.

Le malade, endormi par le chloroforme, est couché sur le côté droit, la cuisse droite étendue et la gauche fléchie. Après avoir introduit une sonde dans la vessie, M. Demarquay contourne la circonférence de l'anus par une incision qui coupe la partie superficielle des vaisseaux hémorrhoïdaux, et en allant plus profondément, le muscle sphincter, dont la section permet d'abaisser le rectum. Celui-ci est d'abord disséqué par sa partie postérieure, afin de faciliter la dissection de la paroi antérieure, laissée la dernière à cause de ses rapports. Pour séparer la tumeur de la partie saine de l'intestin, M. Demarquay emploie le procédé suivant : faisant des incisions successives à l'intestin, comme dans le procédé de M. Denonvilliers, il place, avant de les pratiquer, des ligatures préalables, de sorte qu'en sectionnant au-dessous on évite toute hémorrhagie : mais, dans ce cas, la position trop élevée du bout supérieur empêchant de poser ces ligatures, M. Demarquay, après avoir enlevé toute la partie malade, songe à employer le moyen hémostatique suivant : des éponges de petit volume et légèrement humectées sont introduites, au nombre de quatre, dans la cavité de la plaie, dans le but de déterminer par leur gonflement une compression légère sur tous les points et de favoriser en même temps la formation de caillots. On termine le pansement par l'application de compresses glacées renouvelées fréquemment, et le tout est maintenu par un bandage en T.

Tilleul, julep morphine, bouillons.

20 février. Bon état du malade, qui a passé sans accidents la journée de l'opération et qui a eu la nuit un sommeil tranquille. Il supporte sans gêne la présence des éponges, qui empêchent toute hémorrhagie, tout en ayant cet avantage que, perméables aux liquides qui se forment dans la plaie, elles le laissent facilement s'écouler au dehors.

Même traitement.

21 février. Le bon état du malade continue. Il ne s'est produit aucune hémorrhagie, ni le moindre dérangement du côté de l'intestin. Les éponges sont enlevées, à l'exception d'une seule laissée au fond de la plaie, comblée ensuite elle-même par des tampons imbibés de permanganate de potasse comme désinfectant. Les applications de compresses glacées sont continuées.

22 février. La dernière éponge est enlevée, ce qui permet de voir le fond de la plaie, qui présente un bon aspect. On y introduit de nouveaux tampons imbibés du même liquide désinfectant, et l'on applique encore pendant quelques jours des compresses glacées. Le malade se trouve bien et demande à manger.

26 février. On supprime la glace et l'on fait un simple pansement à la glycérine tout en continuant le permanganate de potasse, qu'on emploie aussi en injections. La suppuration est de bonne nature ; il y a peu de fièvre et le malade continue à bien aller.

15 mars. La plaie marche rapidement vers la guérison. Sa cavité, considérablement diminuée, présente une ouverture assez étroite pour faire espérer que le malade pourra bientôt retenir ses matières. Ses forces d'ailleurs lui sont revenues et il commence à se lever.

1er avril. La plaie est à peu près guérie, et l'incontinence des matières tend à disparaître chaque jour.

14 avril. L'incontinence ayant entièrement disparu, le malade quitte la Maison de santé complétement guéri.

On voit, par le fait qui précède, de quel avantage et surtout de quelle innocuité a été l'emploi de l'éponge comme moyen hémostatique. Les hémorrhagies, si fréquentes et quelquefois mortelles, qui sont le principal écueil dans l'extirpation du rectum, en font une des opérations les plus difficiles et les plus dangereuses. C'est qu'en effet les vaisseaux hémorrhoïdaux sont considérables sur ce point de l'intestin : aussi a-t-on perfectionné les procédés opératoires et en a-t-on institué de nouveaux, dans le but de prévenir ces hémorrhagies. Mais l'on comprend que, chaque fois que leur application

présentera des difficultés ou sera même impossible, comme dans le cas actuel, on devra songer à d'autres moyens hémostatiques. Or, l'éponge semble remplir les meilleures conditions. Par sa structure poreuse, elle est éminemment favorable, d'un côté, à la formation de caillots et à l'écoulement des liquides qui l'imprègnent, et de l'autre, à une compression modérée dans tous les sens par suite du gonflement qu'elle éprouve. Employé chez d'autres malades par M. Demarquay, ce moyen a donné dernièrement encore le même résultat : dans un cas d'extirpation d'une tumeur volumineuse du sein, du poids d'un kilogramme, des morceaux d'éponge ont été en grand nombre appliqués, pendant plus de vingt-quatre heures, sur une plaie qui était considérable et d'où le sang s'échappait en nappe. Toute hémorragie a cessé pour ne plus se reproduire.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Colotomie pour pallier une fistule vésico-intestinale. Abstraction faite des cas de cancer et de rétrécissement de l'anus, il s'établit quelquefois une communication entre la vessie et l'intestin, due à des ulcérations tuberculeuses ou d'autre nature. Quand les matières viennent du gros intestin, et par conséquent sont solides, leur pénétration dans la vessie occasionne de vives douleurs et prédispose à la formation de calculs. Dans ces conditions, la colotomie (anus artificiel lombaire), en détournant les fèces de l'ouverture accidentelle, peut non-seulement supprimer les douleurs résultant de leur passage à travers la fistule, mais encore permettre l'occlusion de cette dernière.

M. Holmes, qui a émis ces assertions à la Société médico-chirurgicale de Londres, a communiqué une observation dans laquelle l'opération d'Amussat a été pratiquée huit mois auparavant. Le malade est aujourd'hui en bonne santé, et tout porte à croire que la perforation s'est beaucoup rétrécie, si elle n'est pas totalement fermée. M. Holmes ajoute quelques remarques sur les communications vésico-intestinales, sur les moyens qu'on leur a opposés jusqu'à ce jour, et enfin sur le diagnostic du siége de la perforation intestinale, lorsque celle-ci est soustraite aux moyens ordinaires d'investigation.

Cette observation a provoqué, au sein de la Société une discussion intéressante, à laquelle prennent part MM. Solly, Holmes Coote, Curling, Holthouse, etc. Le débat roule principalement sur les difficultés, l'utilité et les indications diverses de la colotomie lombaire. C'est, comme on le sait, contre les obstructions cancéreuses du rectum que cette opération a surtout été pratiquée ; souvent elle donne de bons résultats, mais souvent aussi elle échoue. M. Curling n'attribue point les revers à l'opération, qui est peu grave en elle-même, mais qu'on fait presque toujours trop tard. Pour sa part, il l'a pratiquée quatorze fois : neuf fois il y avait obstruction ; cinq malades moururent, quatre se rétablirent. Dans les cinq autres cas, il y avait seulement maladie du rectum, sans obstruction : tous furent suivis de succès.

M. Curling, rappelant les accidents si graves de la fistule vésico-intestinale, en conclut que le succès obtenu par M. Holmes est un beau triomphe chirurgical. Il ajoute que la colotomie serait encore applicable aux rétrécissements non cancéreux et invétérés du rectum. Le conseil a été donné déjà

par M. Pennell, mais il n'avait pas été mis en pratique lorsque M. Curling y eut recours à *London Hospital*, il y a six semaines environ, sur un sujet âgé de vingt-sept ans, atteint de coarctation rebelle et d'une altération marquée du rectum. Le résultat a été jusqu'ici très-favorable.

Au reste, tous les orateurs sont d'accord pour dire que l'opération d'Amussat est moins difficile qu'on ne le pense, et qu'elle devrait être pratiquée plus souvent et de meilleure heure.

(*The Lancet* et *Gaz. hebdomadaire.*)

Héméralopie guérie rapidement par l'huile de foie de morue. Il est peu d'affections moins connues que l'héméralopie : ses causes sont incertaines, et le traitement encore mal précisé. L'observation suivante, recueillie par M. Surmay, nous paraît intéressante au point de vue thérapeutique. Un soldat au 57e de ligne, âgé de vingt-trois ans, en garnison à Ham, avait fait un séjour de plusieurs semaines à l'hôpital pour une incontinence d'urine. Il fut atteint d'héméralopie un mois après sa sortie ; il y avait eu même temps un peu de larmoiement et un léger catarrhe de la conjonctive. La garnison entière ne présentait aucun cas semblable, et déjà, l'année précédente, seul dans son régiment, cet homme avait eu pendant trois mois et demi la même affection qui avait guéri spontanément. On essaya d'abord la claustration dans une chambre obscure, mais le malade, d'une intelligence bornée, se persuadait être puni injustement et passait son temps à pleurer et à dormir au lieu de s'exercer à voir dans l'obscurité. La faradisation n'ayant donné aucun résultat, M. Surmay eut recours à l'huile de foie de morue. Le 15 juillet, il prescrivit quatre cuillerées à soupe d'huile, deux le matin et deux le soir. Le 16, le malade dit éprouver une amélioration légère, le 17 elle était notable. Le mieux augmenta de jour en jour et après moins d'une semaine de ce nouveau traitement, l'héméralopie avait complétement disparu. L'huile de foie de morue, cessée le 26 juillet, fut reprise le 7 août. Le 20, la guérison était complète ; il n'y eut point de rechute.

Si ce fait était unique, on n'en pourrait rien conclure. Mais la conformité de ce qui s'est passé ici avec ce qui a été observé par le docteur Despont et le professeur Gosselin et antérieurement parmi les héméralopes de Lisbonne, ne permet guère de douter de l'efficacité de l'huile de foie de morue dans l'héméralopie.

Il est vrai que l'héméralopie guérit spontanément, et que ce malade avait été guéri de cette manière d'une première atteinte de la maladie. Mais, dans tous les cas qui ont été rapportés en France et ailleurs, la durée de la maladie, à la date du commencement du traitement, a été fort variable, et pourtant, chez tous, l'amélioration s'est montrée avec la même promptitude, et constamment, au bout d'une huitaine de jours, la guérison définitive est arrivée. Il est bien difficile de n'admettre que des coïncidences heureuses dans ces résultats presque toujours les mêmes, dans des conditions de durée différentes. (*Bulletin médical de l'Aisne.*)

Dangers des collyres au sous-acétate de plomb. Les collyres au sous-acétate de plomb sont souvent employés dans le traitement des ophthalmies; mais ils présentent des inconvénients que nous devons savoir gré à M. Huidier de nous avoir signalés. Voici en effet ce qui arrive : lorsque ce sel est employé, il se forme à la surface de la cornée un précipité plombique qui peut rester adhérent pendant assez longtemps, et lorsqu'il se détache, on trouve un ulcère de la cornée plus ou moins étendu, dont la guérison est toujours longue, et qui parfois même peut compromettre la vision.

M. Huidier rapporte trois observations qui lui ont donné l'éveil. Nous en rapporterons une : Un enfant de quatre ans, à la suite d'une fièvre éruptive, avait contracté une ophthalmie pour laquelle un médecin avait prescrit un collyre à l'eau blanche. Quelque temps après, l'enfant avait sur les trois quarts de la surface de la cornée une couche blanchâtre de précipité plombique, qui mit presque un mois à se détacher, laissant à sa place un vaste ulcère.

Donc, de graves accidents peuvent résulter de l'emploi des collyres au sous-acétate de plomb, et ils doivent être rejetés de la pratique, puisque le médecin tient à sa disposition une foule de préparations astringentes qui ont les mêmes propriétés. (*Bulletin médical du nord de la France.*)

Formules contre l'alopécie. 1° On débutera par 3 grains d'iodure de potassium, trois fois par jour, pendant un ou deux mois; puis on emploiera la lotion suivante :

Teinture de cantharides,	1	gramme.
Esprit de romarin,	2	—
Eau de fleurs de sureau,	19	—
Glycérine,	180	—

Mêlez et lotionnez-en la tête matin et soir. Le liquide sera étendu sur la partie avec une brosse de poils de chameau.

Si, au bout de sept à huit semaines, il n'y a pas d'amélioration, on remplace l'iodure de potassium par trois cuillerées d'huile de foie de morue. — Il faut insister sur cette dernière préparation. Le changement d'air peut être un adjuvant utile.

2° M. Atkinson (de Rochester) a retiré de bons effets, dans la calvitie récente, de lotions composées de créosote, d'acide acétique, d'esprit d'éther nitreux.

On peut également prescrire avec avantage la teinture de cantharides avec l'huile de ricin et l'esprit d'éther nitreux. (*Montpellier médical.*)

Bons effets du collodion mercuriel contre les macules syphilitiques. M. le docteur Leclerc a observé une jeune femme chez laquelle des taches nombreuses avaient survécu aux papules d'une syphilide traitée avec succès. Ces taches fauves, qu'on ne pouvait faire que difficilement pâlir par la pression, avaient surtout pour siége le visage, le menton et le cou. Des bains alcalins, des bains de sublimé, des bains de mer, ne changèrent rien à cet état de choses : la malade se désespérait. M. Leclerc songea alors à faire badigeonner chaque tache avec un pinceau chargé du liquide suivant :

Sublimé corrosif, 0,50 centigrammes.
Collodion, 15 grammes.

Cinq jours après, les taches étaient devenues à peine apparentes; trois applications du collodion mercuriel les firent disparaître entièrement. L'emploi de ce liquide n'avait pas eu d'autre inconvénient que de produire une sensation de prurit d'ailleurs très-tolérable. (*Presse médicale belge.*)

Emploi de l'acide citrique comme topique dans le cancer. Quelques tentatives déjà citées ont semblé montrer que l'acide citrique calmait beaucoup les douleurs du cancer; les deux faits suivants, que nous trouvons dans les journaux anglais, viennent confirmer les propriétés de ce médicament : Un vieux marin était atteint d'une tumeur cancéreuse de la langue, d'une dimension telle qu'on ne pouvait songer à l'opérer. Il avait de fréquentes hémorrhagies et était en proie à des douleurs très-violentes, contre lesquelles on avait essayé successivement, mais sans grands avantages, des doses énormes de morphine et de chloroforme. Le docteur Jenny lui prescrit une solution contenant 2 grammes d'acide citrique pour 250 grammes d'eau. Quand le malade était en proie à ses douleurs, il se gargarisait avec cette solution. Quelques jours après, les douleurs avaient cessé comme par enchantement; mais l'observation ne dit pas qu'elles n'ont pas reparu.

Le même médecin dit s'être bien trouvé de l'acide citrique dans un cas de cancer du sein.

Le fait du docteur Barclay est tout aussi probant. Un homme était atteint d'une énorme tumeur cancéreuse du cou, située à l'angle de la mâchoire; plusieurs chirurgiens consultés avaient refusé de tenter l'opération. Des douleurs très-pénibles fatiguaient ce malade et lui rendaient la vie impossible. Ayant entendu parler des propriétés de l'acide citrique, il vint prier son médecin d'en faire l'essai. Celui-ci lui prescrivit pour lotions 2 grammes d'acide citrique dissous dans 250 grammes d'eau. Quelques jours après, les douleurs étaient calmées, à la grande satisfaction du malade, qui avait usé d'une foule de moyens sans soulagement, à l'exception des injections hypodermiques de morphine. Pendant plusieurs semaines ce traitement fournit les mêmes bons résultats, et sa cessation fut bientôt suivie de la réapparition des douleurs. Il fallut y revenir.

Le même médecin a essayé l'acide acétique, dont il vante les effets, et s'il était prouvé que l'acide acétique eût la même action que l'acide citrique, le premier serait d'un emploi plus facile, puisqu'il suffirait de faire des lotions vinaigrées à la surface des tumeurs cancéreuses ulcéreuses. (*The Lancet* et *British medical journal.*)

Rétrécissement du canal de l'urètre. Cathétérisme au moyen de l'endoscope. L'observation suivante, recueillie par M. Dieulafoy, interne des hôpitaux

dans le service de M. le professeur Velpeau, montre quels services l'endoscope de M. Desormeaux peut rendre dans les affections de l'urètre. Un homme, à la suite d'une blennorrhagie chronique, avait contracté un rétrécissement de l'urètre. Le malade avait pris le parti de se sonder; mais voyant que l'urine ne s'écoulait que goutte à goutte, il se décida à entrer à l'hôpital de la Charité. M. Velpeau essaya d'introduire des bougies de divers diamètres, mais elles s'arrêtèrent au niveau du bulbe. C'est alors que M. Desormeaux appliqua son endoscope. Une grosse sonde est introduite dans le canal jusqu'au niveau de l'obstacle; puis l'appareil est éclairé, et alors il est facile de voir la muqueuse rougeâtre en certains endroits, offrant ailleurs l'aspect blanchâtre du tissu fibreux, et sur la gauche, à la partie supérieure, on peut constater un point noir, qui n'est autre chose que la lumière, à ce rétrécissement. Un stylet très-fin est engagé dans cette ouverture et la franchit; on introduit ensuite une petite bougie de baleine, qu'on laisse deux heures à demeure. Le malade retire sa bougie et finit par vider sa vessie. Le lendemain, nouvelle introduction, avec l'endoscope, d'une bougie un peu plus grosse. Dès lors, la voie était tracée; on put pratiquer la dilatation progressive, et au bout de quelques jours, on introduisait des bougies de 6 millimètres. (*Journal de médecine de Toulouse.*)

Des injections sous-cutanées dans leurs applications à la pratique ophthalmologique. Les observations de M. de Græfe ont spécialement trait à l'acétate de morphine, injecté au moyen de la seringue de Pravaz, modifiée par Lüer. Le lieu d'élection pour les injections est la région temporale; dans les cas de névralgies, de contractions spasmodiques, etc., il faut se régler d'après les circonstances. Quant à la quantité d'acétate de morphine à injecter, elle varie de 1 dixième à 1 demi-grain, elle est en moyenne de 1 sixième à 1 cinquième de grain. Ces injections sont utiles : dans les affections traumatiques de l'œil, accompagnées de vives douleurs; pour calmer les douleurs qui surviennent quelquefois à la suite d'opérations; dans les ophthalmies qui se compliquent de névralgie ciliaire; elles constituent le moyen le plus efficace et le plus rapide pour combattre l'empoisonnement par l'atropine. Elles conviennent aussi dans les névralgies et dans l'hypéresthésie de la rétine, pour combattre certaines contractures par action réflexe, le blépharospasme, par exemple.

Les injections sous-cutanées d'atropine sont de très-peu d'utilité en ophthalmiatrie : comme mydriatique, il faut préférer l'instillation d'une solution d'atropine dans le cul-de-sac conjonctival; la morphine calme beaucoup plus efficacement la névralgie que l'atropine; il en est de même des contractures spasmodiques. (*Annales d'oculistique.*)

De la compression de l'œil au moyen de bandages. Pour que l'œil supporte la compression, celle-ci ne peut jamais s'exercer directement sur le globe et perpendiculairement à sa surface. Il faut maintenir les paupières fermées par la tension latérale de la paupière supérieure, dont on soutient en même temps la surface externe par une compression égale et douce. M. de Græfe distingue trois espèces de bandages compressifs de l'œil : le bandage provisoire, le bandage définitif, le bandage fortement contentif. Pour tous ces bandages, il faut commencer par recouvrir la face externe des paupières avec des gâteaux superposés de charpie bien douce; la main appliquée à plat sur le coussinet de charpie ne peut pas sentir le bulbe, mais seulement une masse élastique qui remplit toute la cavité orbitaire. Dans le bandage provisoire, on fixe la charpie au moyen d'une bande en tricot de coton de 15 pouces de long sur 1 pouce 3/4 de large, placée au devant de l'œil, dans la direction d'un monocle ordinaire; elle est garnie à chaque extrémité d'une petite bandelette, de manière qu'on puisse faire un nœud sur le front, après avoir entouré la tête.

Pour le bandage définitif, il faut une bande de 2 aunes de long, de 1 pouce 1/2 de large, dont le tiers moyen est en tricot, les deux autres tiers en flanelle. On applique le chef de la bande au-dessus de l'œil malade, on fait un circulaire autour du front et de l'occiput, un tour de monocle ascendant au devant de l'œil, avec la partie tricotée, et l'on termine par un demi-circulaire autour du front.

Le troisième bandage, qui n'est employé que lorsqu'il faut complétement immobiliser l'œil, s'exécute au moyen d'une bande de flanelle de 5 aunes de long; on applique le chef entre le lo-

bule de l'oreille et l'angle de la mâchoire inférieure, du côté de l'œil malade, et l'on fait trois tours de monocle, reliés par trois circulaires autour du front ; la pression doit aller en augmentant à chaque tour de bande. L'autre œil doit être recouvert de taffetas gommé ou d'un bandage compressif provisoire.

La compression de l'œil est surtout d'une grande utilité après les kératotomies à lambeau ; elle combat très-efficacement les accidents qui viennent souvent compliquer, dans ces cas, les opérations de cataracte. Ordinairement on applique, quelques instants après l'extraction, le bandage compressif définitif; si tout va bien, on le laisse en place six heures, ensuite de douze à seize heures ; au second ou au troisième jour, il faut relâcher modérément le bandage; au bout de quelques jours, on peut déjà permettre au malade de s'asseoir dans son lit et de faire quelques mouvements ; après huit jours, on ne remet le bandage que la nuit.

La compression est encore utile : dans les extractions par kératotomie linéaire, surtout chez les enfants, quand il survient une hémorrhagie intra-oculaire ou une procidence du corps vitré ; après les opérations de staphylôme et de strabisme ; après celles qui intéressent la cornée et la conjonctive, par exemple l'excision d'une tumeur, l'ablation d'un ptérygion, etc.; elle rend de bons services dans les opérations qui se pratiquent sur les paupières, dans les cas d'ulcères perforants de la cornée avec prolapsus de l'iris, dans les perforations de la sclérotique avec procidence de l'hyaloïde, dans les hémorragies intra-oculaires, les plaies de la conjonctive, des muscles de l'œil et des paupières ; dans certaines affections graves de la cornée, telles que la kératite avec infiltration purulente, la kératite pustuleuse, les altérations de la cornée dues à des troubles de l'innervation, etc. (*Annales d'oculistique.*)

Injection sous-cutanée de morphine contre la douleur de la blennorrhagie cordée. M. Scarenzio ayant à traiter une blennorhagie cordée, dont la douleur atroce durant la nuit formait une complication grave, avait essayé les divers calmants usités par un pareil cas, et cela avec un insuccès qui n'a rien que de très-ordinaire. Il se décida alors à pratiquer au périnée une injection sous-cutanée avec une solution de chlorhydrate de morphine (10 centigrammes de sel pour 10 grammes d'eau).

L'injection avait été faite le matin. La nuit suivante, le malade put enfin dormir, et il est à noter que la sédation ne provenait pas chez lui d'un état de narcotisme général, car il se réveilla plusieurs fois pour uriner.

Le jour après, M. Scarenzio ne fit pas d'injection, afin d'avoir un terme de comparaison. Aussi la douleur nocturne revint-elle quoique atténuée. Mais une dernière injection ayant été exécutée le troisième jour, il n'y eut dès lors plus de souffrance pendant l'érection, et, débarrassée de cette complication, la blennorrhagie put être promptement guérie. (*Giornale italiano delle Malattie veneree.*)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 25 avril 1866, l'Empereur, sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, a promu au grade d'officier de la Légion d'honneur M. Courcelle-Seneuil (Jean), médecin-major de 1re classe. Chevalier du 25 juin 1859 : 26 ans de services, 11 campagnes.

Par un arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 21 avril 1866, il sera ouvert à Strasbourg, le 26 novembre 1866, un concours pour deux places d'agrégé près l'École supérieure de pharmacie de cette ville : l'une pour la section de physique et de pharmacie, l'autre pour la section de chimie médicale et de toxicologie.

M. Natalis Guillot, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1865-1866, par M. Jaccoud, agrégé près la même Faculté.

M. A. Brongniart, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant la présente année, par M. Gris, docteur ès sciences, aide-naturaliste de la même chaire.

M. Moitessier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à faire, près cette Faculté, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1865-1866, un cours complémentaire de physique médicale.

M. Ripoll, docteur en médecine, est nommé suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, en remplacement de M. Dassier, nommé professeur adjoint à ladite Ecole.

Sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg :

M. le docteur Bouchard (Henri-Désiré-Abel), né le 18 décembre 1833, à Ribeauvillé (Haut-Rhin), dans la section des sciences anatomiques et physiologiques.

M. le docteur Ritter (Charles-Emile-Eugène), né le 16 janvier 1837, à Strasbourg (Bas-Rhin), dans la section des sciences physiques.

La Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 25 avril dernier, a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1866-1867 de la manière suivante :

Président, M. Hipp. Bourdon ; — vice-président, M. Hérard ; — secrétaire général, M. Lailler ; — secrétaires des séances, MM. Besnier et Desnos; — trésorier, M. Labric.

Conseil d'administration : MM. Bernutz, Empis, Millard, Oulmont, Potain.

Conseil de famille : MM. Barth, Blache, Boucher de la Ville-Jossy, Léger, Moissenet.

Comité de publication : MM. Besnier, Desnos, Gallard, Hervieux, Lailler.

Dans sa séance annuelle, la Société de médecine de Bordeaux a décerné les prix suivants :

Médaille d'or (grand module) et titre de membre correspondant, à M. Hippolyte Jacquemet, pour son mémoire sur l'édification des hospices et hôpitaux.

Médaille d'argent (grand module), à MM. Dechaux et Bertet, membres correspondants, pour leur travail : *De la valeur relative de l'expectation et des méthodes de thérapeutique actives dans le traitement de la pneumonie* ; — à M. le docteur Hameau, pour son livre : *Du climat d'Arcachon dans quelques maladies de poitrine* ; — à M. Boissarie, pour son mémoire : *Du choléra infantile.*

Première mention honorable, à M. Castiglioni, médecin de l'hospice des aliénés, à Milan, auteur d'un projet de législation des aliénés.

Deuxième mention honorable, à M. Bonnecaze, pour ses observations cliniques prises dans une épidémie de variole à Saint-Pé de Bigorre.

L'assemblée générale de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a eu lieu, le 11 avril, à l'Ecole de pharmacie, sous la présidence de M. Em. Genevoix. M. Am. Vée, secrétaire général, a présenté le compte rendu des travaux du conseil d'administration. La Société se compose de 465 membres. L'encaisse est de 67,000 francs ; la somme des secours donnés aux veuves et aux orphelins est de 3,500 francs. Les élections ont terminé la séance. Cent soixante sociétaires ont pris part au vote. Ont été nommés à une très-grande majorité :

Vice-président : M. Favrot ; secrétaire adjoint : M. 'Caroz ; conseillers : MM. Em. Genevoix, A. Vée, Lebrou, Surun, Comar, Dubrac.

Un Congrès médical s'ouvrira à Strasbourg, le 27 août, et durera six jours. Le bureau de la Commission du Congrès est ainsi composé :

MM. Herrgott, président;
Schutzenberger, vice-président ;
Hirtz, 2e vice-président;
Hecht, 1er secrétaire ;
Feltz, 2e secrétaire ;
Oberlin, trésorier.

La Commission a arrêté le programme suivant:

I. Du mode de propagation du choléra, hygiène publique et privée.
II. Du traitement de la syphilis constitutionnelle.
III. De l'ovariotomie et de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice.
IV. De l'histologie dans ses rapports avec la pathologie et clinique.
V. De l'anesthésie en chirurgie.

M. Michon, membre de l'Académie de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, etc., etc., vient d'être enlevé en quelques jours à l'affection de ses nombreux amis. M. Michon était un des chirurgiens les plus considérés de Paris, aussi ses obsèques ont-elles attiré une grande affluence.

Nous annonçons aussi la mort de MM. Bally et Baffos, membres de l'Académie de médecine, anciens médecins des hôpitaux, et de M. Menjaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, enlevé par une mort prématurée au brillant avenir que lui faisaient présager ses épreuves dans les concours.

Enfin, à cette trop longue liste il faut ajouter le nom de M. Petit, médecin de Château-Thierry.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi de la pepsine chez les enfants,

Par M. le docteur W. Stephenson, médecin à l'hôpital royal des Enfants malades d'Edimbourg.

Une des plus précieuses acquisitions dont la thérapeutique ait été, de notre temps, redevable à la physiologie expérimentale, c'est sans contredit l'application au traitement de la dyspepsie du principe actif du suc gastrique, de l'agent spécial qui donne au produit de la sécrétion stomacale ses propriétés digestives. Si, s'inspirant des travaux auxquels les digestions artificielles exécutées par Spallanzani donnèrent le signal, Schwann eut le mérite d'isoler le premier la pepsine en lui conservant ses propriétés physiologiques, à M. L. Corvisart revient l'honneur d'avoir doté la pratique médicale de la possibilité d'employer cette substance à titre de médicament. Sans doute on a peine à se défendre de voir quelque peu d'hyperbole dans cette proposition : « On peut nourrir les malades dont l'estomac, par faiblesse ou impuissance, ne digère point, les nourrir *en se passant, pour ainsi dire, de leur estomac, faire ses fonctions, et sans lui, et aussi bien qu'il les aurait faites lui-même, avec autant de profit pour la nutrition et l'entretien de la vie.* » Mais, cependant, il est indispensable de reconnaître que, grâce aux études persévérantes de M. Corvisart, nous pouvons venir efficacement en aide à ce viscère et le suppléer, sinon dans la totalité, du moins dans une partie essentielle de sa fonction, à savoir celle qui consiste à fournir au travail de la digestion le principe chimique, le ferment, nécessaire à son accomplissement. Aussi la pepsine a-t-elle désormais acquis droit de domicile dans la pratique courante ; et si quelques médecins hésitent encore à s'en servir, si d'autres refusent de lui reconnaître l'influence utile dont elle est réellement douée, c'est, croyons-nous, soit par défaut de cette légitime curiosité qui porte à soumettre au contrôle de sa propre expérience les résultats de l'expérience d'autrui, quand ils sont d'ailleurs présentés de manière à paraître dignes de créance, soit faute d'avoir expérimenté dans des cas similaires et bien appropriés, ou peut-être encore pour n'avoir pas disposé d'un produit bien préparé et susceptible de développer les effets qu'on est en droit d'en attendre.

Parmi les applications heureuses de la pepsine, il faut compter

celle qui a été faite au traitement des vices de la digestion chez les enfants, application dont les promoteurs ont été M. Barthez d'abord ([1]), puis notre regrettable Debout ([2]) et M. Joulin ([3]), ceux-ci y ayant eu recours avec le plus grand succès chez des nouveau-nés. Nous avons eu lieu nous-même, dans plusieurs cas semblables à ces derniers, de nous féliciter des bons effets de la pepsine ; aussi est-ce avec empressement que nous saisissons l'occasion d'appeler de nouveau l'attention des praticiens sur ce point de la thérapeutique infantile, occasion qui nous est fournie par un mémoire intéressant qu'a publié, dans le *Journal médical d'Edimbourg* ([4]), M. le docteur Stephenson, médecin à l'hôpital royal des Enfants malades de cette ville.

Le but que se propose M. Stephenson, dans l'article dont nous désirons porter à la connaissance de nos lecteurs la partie la plus essentielle, est, ainsi qu'il le dit lui-même, de mettre en évidence, au moyen d'un certain nombre d'exemples concluants, l'utilité de la pepsine dans quelques désordres de l'estomac et des intestins chez les enfants, utilité qu'une expérimentation de plusieurs années, dans des conditions aussi favorables que celles qui lui sont offertes par son service hospitalier, l'a mis à même de vérifier dans un très-grand nombre d'occasions. La première fois qu'il essaya ce médicament, — et les résultats furent des plus avantageux, — ce fut dans un cas de constipation opiniâtre qui lui parut dépendre d'une mauvaise élaboration des aliments dans la cavité gastrique. Depuis, l'expérience lui prouva que la pepsine est capable de rendre les mêmes bons services dans d'autres troubles gastro-intestinaux qui sont également sous la dépendance de la dyspepsie, ou, en employant la même expression que M. Barthez, de l'apepsie stomacale, les seuls d'ailleurs, on le comprend, sur lesquels la pepsine, vu sa provenance et ses propriétés propres, soit susceptible d'agir. Or, les symptômes qui peuvent révéler l'apepsie aux yeux du médecin ne sont pas toujours les mêmes : dans une première catégorie de cas, il y a un signe caractéristique, c'est le vomissement d'aliments non modifiés par le travail de la digestion ;

([1]) *Sur l'apepsie (ou absence de digestion) chez les enfants, et sur le traitement de cette affection par la pepsine*, par le docteur E. Barthez, in *Union méd.*, 1856, et *Bullet. de Thérap.*, t. L, p. 90.

([2]) *Bullet. de Thérap.*, t. XLIX, p. 514.

([3]) *Bons effets de la pepsine sur l'inanition des nouveau-nés*, in *Monit. des sc. méd.*, 1861, et *Bullet. de Thérap.*, t. LXI, p. 186.

([4]) Numéro de novembre 1865.

dans une seconde, qu'il y ait ou non de tels vomissements, il existe des évacuations alvines diarrhéiques contenant le plus souvent des matières alimentaires indigérées, ce qu'on désigne sous le nom de *lientérie ;* enfin dans une dernière, à laquelle se rapporte le fait cité ci-dessus, il n'y a d'autre phénomène morbide appréciable qu'une constipation rebelle.

Mais les caractères des troubles qui nous occupent seront mieux éclaircis par les exemples que M. Stephenson a choisis dans sa pratique, et que nous lui empruntons avec les réflexions dont il les accompagne.

Obs. I. Joshua S***, petit garçon d'un an, malgré les dehors d'une bonne santé, était affecté d'une constipation qui avait fini par amener un état de malaise et de langueur. Presque jamais il n'avait de garde-robe sans le secours de quelque moyen apéritif. La liste ordinaire des altérants, des toniques et des purgatifs, concurremment avec des modifications dans le régime, avait été essayée et n'avait procuré qu'un soulagement temporaire. Les aliments, à l'exception cependant des plus indigestes, ne s'observaient jamais en nature dans les excrétions alvines ; mais elles étaient généralement d'une coloration plus foncée et d'une consistance beaucoup plus solide que cela n'a lieu d'ordinaire. Neuf grians (environ 50 centigrammes) de poudre de Boudault furent administrés chaque jour, en trois doses, à trois des repas. Tant que dura l'usage de cette poudre, les garde-robes furent régulières, sans qu'il fût nécessaire de recourir à aucun remède. Au bout de dix jours, l'emploi de la pepsine ayant été suspendu, la constipation habituelle ne tarda pas à se reproduire. La pepsine fut alors reprise à la même dose pendant quelque temps, puis supprimée d'une manière graduelle ; depuis, la constipation a cédé de nouveau, sans reparaître, et la santé est restée parfaite sous tous les rapports.

Obs. II. James A***, âgé de dix-sept mois, rachitique, avait éprouvé une grande amélioration dans son état, grâce à l'usage de l'huile de foie de morue et du tartrate de fer. Après avoir eu de la diarrhée avec odeur très-fétide des matières, il avait été pris d'une constipation opiniâtre. La pepsine fut prescrite comme dans le cas précédent : dès lors les selles se rétablirent et, au bout de peu de temps, il fut possible de supprimer le médicament sans que pour cela elles cessassent de rester régulières.

Obs. III. Mary J***. La mère de cette petite fille, après trois avortements successifs, devenue enceinte pour la quatrième fois, fut mise à l'usage du chlorate de potasse et accoucha à terme d'un enfant vivant, mais peu développé et très-délicat, le sujet de cette observation. La peau de cette enfant, à sa naissance, parut sèche, privée de l'élasticité naturelle à cette membrane, et présentait sur l'abdomen une desquamation légère. De nombreuses petites taches rouges élevées, dont quelques-unes étaient surmontées d'une vési-

cule, se développèrent peu de jours après, d'abord sur les membres inférieurs, puis sur la totalité du corps ; elles disparurent rapidement. Les fonctions intestinales, chez cette petite malade, quoiqu'elle ait toujours été nourrie exclusivement au sein, n'ont jamais été dans des conditions satisfaisantes. L'état dominant était la constipation, durant d'ordinaire une couple de jours au moins, et réclamant souvent l'emploi de l'huile de ricin, de la magnésie, etc. Les matières n'avaient jamais la coloration qui est ordinaire à cet âge ; en général, elles étaient très-foncées et peu abondantes. Assez fréquemment le lait traversait le canal intestinal sans avoir été digéré et se retrouvait en grumeaux dans les garde-robes. L'enfant criait habituellement beaucoup et était très-agitée. Le 8 octobre, M. Stephenson se décida à essayer la pepsine et la prescrivit sous forme de vin, dont il ordonna de faire prendre 5 gouttes chaque fois qu'on donnerait le sein ; aucun remède pour provoquer les évacuations alvines. Le 15, pas de selles depuis trois jours ; une petite dose d'huile de ricin, qui amène une garde-robe abondante de matières ayant une apparence normale, la première, au dire de la mère, qui présente ce caractère. A la suite, la pepsine étant continuée, les selles demeurèrent quelque temps régulières et d'une bonne coloration, mais toujours d'une consistance plutôt dure. — Cette petite fille, âgée de neuf mois maintenant (novembre 1865), a été élevée jusqu'ici avec beaucoup de difficultés. Fréquemment les fonctions gastriques ont été troublées, il y a eu des dérangements des intestins, constipation ou diarrhée. Mais la mère n'a pas été longtemps à se rendre compte de la valeur de la pepsine : aussi, chaque fois que de tels symptômes se sont manifestés, elle y a eu recours sans nouvelle prescription, et toujours avec avantage.

Ces exemples font connaître suffisamment en quoi consiste l'une des catégories de cas où M. Stephenson a constaté l'influence avantageuse de la pepsine. On voit qu'ils sont caractérisés surtout par la constipation, et que cette constipation dépend d'une élaboration insuffisante des aliments dans la cavité stomacale. Il peut se faire qu'à ce symptôme se joigne l'évacuation par l'anus de matières alimentaires indigérées ; c'est alors un signe précieux dont il convient de tenir grand compte ; mais il n'en est pas toujours ainsi, à moins que les aliments ne soient d'une nature tout à fait indigeste. Aussi n'y a-t-il pas à faire fond sur l'absence de ce caractère des garde-robes pour admettre un parfait accomplissement de la digestion, lorsque d'ailleurs les selles sont rares et ne présentent pas les conditions de consistance et de coloration qui sont habituelles dans la première enfance. Administrer des purgatifs dans ces sortes de cas est chose inutile, sinon nuisible, qui, d'ailleurs, ne fait que reculer la difficulté : la véritable indication n'est pas

d'évacuer, mais d'assurer une bonne élaboration digestive, dont l'accomplissement aura pour conséquence naturelle des évacuations normales, et c'est l'effet que procure l'action de la pepsine.

De nouveaux exemples, qui vont suivre, serviront également à répandre la lumière sur l'influence qu'une digestion convenable des aliments dans l'estomac exerce sur les fonctions sécrétoires de l'intestin, et feront voir à quel point l'action régulière de cette partie du tube digestif se trouve sous la dépendance de l'accomplissement énergique et parfait de la digestion gastrique.

Ces exemples se rapportent à une autre classe de cas qu'il est peut-être plus facile de discerner, en raison de la présence d'un symptôme bien tranché, le vomissement; non pas ces nausées constantes et ces vomiturítions qui sont liées à quelques maladies, mais l'expulsion par les voies supérieures, par suite d'une condition morbide de l'estomac, d'aliments non digérés, soit immédiatement après le repas, soit après un intervalle plus long. Cet état, qui est fréquemment la suite d'une affection aiguë ou de l'estomac lui-même ou de l'ensemble de l'organisme, et qui souvent alors se montre extrêmement opiniâtre, retardant longtemps la convalescence et ne cédant qu'à la longue à un traitement tonique, on voit, dans beaucoup de cas, la pepsine en avoir raison avec une promptitude remarquable.

Obs. IV. M. K***, fille de quatre ans, fut apportée de la campagne à la consultation de l'hôpital des Enfants. D'après les renseignements donnés par la mère, cette petite malade n'a jamais été une enfant très-forte. A trois ans, elle a eu la rougeole et la coqueluche. Il y a un mois, elle a été prise d'une maladie, caractérisée principalement par des vomissements et de la diarrhée, qui a duré huit jours. Depuis, elle continue à vomir tout ce qu'elle prend. Les vomissements arrivent en général quatre ou cinq heures après les repas, et les aliments ainsi rejetés paraissent à peine modifiés par le travail de la digestion. Le lait revient toujours en un gros caillot solide. Il n'y a de garde-robe que sous l'influence d'une forte dose purgative : la magnésie, la rhubarbe et le séné restent sans effet; il ne faut pas moins d'une once entière d'huile de ricin pour opérer. La petite malade n'accuse aucune souffrance particulière; mais depuis qu'elle a commencé à vomir, elle a peu à peu perdu de son embonpoint. La limonade, le vin de Xérès, conseillés par le médecin appelé à lui donner des soins, n'ont amené aucun résultat. Prescription : 1 dragme (environ 4 grammes) de vin de pepsine à chaque repas. Au bout d'une semaine, la mère revint à la consultation pour remercier des conseils qui lui avaient été donnés : dès le premier jour de l'usage de la pepsine, les vomissements avaient cessé, et depuis lors l'enfant a pu partager les

repas de la famille sans en éprouver aucun inconvénient. Les garde-robes sont redevenues régulières, sans qu'il ait été nécessaire de recourir aux purgatifs, et l'embonpoint commence déjà à reparaître. Recommandation de continuer la pepsine pendant quelque temps encore.

Obs. V. James T***, un an, rachitique. Il y a une semaine, bronchite et diarrhée. Les symptômes aigus et la toux ont disparu; mais la diarrhée persiste et s'accompagne constamment de vomissements après qu'il a pris le sein ou qu'il a ingéré quelque autre aliment. Le 27 mars, ordonné 5 gouttes de vin de pepsine immédiatement après chaque tetée, et 10 gouttes après les autres repas. Le 31 mars, les vomissements ont cessé dès le second jour de ce traitement et ne se sont pas reproduits; encore de la diarrhée, mais avec beaucoup d'amélioration.

Obs. VI. John L***, dix-huit mois, a été atteint d'une diarrhée qui a duré un mois, et qui est maintenant arrêtée depuis huit jours. Quelque temps avant la cessation de cette diarrhée, l'estomac a commencé à donner des signes d'irritabilité, et depuis l'enfant n'a cessé de vomir tous les aliments ingérés. En général, ceux-ci sont rejetés une heure environ après chaque repas; mais, certains jours, ils sont gardés plus longtemps, et parfois on a pu reconnaître dans des vomissements survenus dans la soirée des aliments pris au repas de midi. Le régime consiste principalement en pain et lait, potage au riz, soupes. Le 5 avril, M. Stephenson prescrit 10 gouttes de vin de pepsine à chaque repas; aucun changement, d'ailleurs, dans le mode d'alimentation habituel. Le 7, il y a eu quelques vomissements immédiatement après les repas, mais toujours avant que les gouttes aient été administrées; toutes les fois qu'elles ont pu être données, le vomissement ne s'est pas produit. Recommandation de faire prendre le vin de pepsine désormais au commencement de chaque repas. Le 12, un seul vomissement depuis le 7. L'enfant est encore faible; sa tête s'incline avec un air de langueur. Continuer les gouttes; huile de foie de morue.

Il n'est pas nécessaire d'attendre que l'état aigu soit passé, comme dans les cas qui précèdent, pour administrer la pepsine. Un des avantages les plus précieux de cet agent est de nous mettre à même de parer aux effets sérieux et souvent funestes de l'inanition chez les enfants atteints de maladies aiguës. L'estomac, dans ces conditions, sympathiquement affecté avec le reste de l'organisme, est souvent impuissant à digérer les aliments qui lui sont présentés, ou bien, trop irritable, ne peut les supporter assez de temps et les rejette avant que la digestion en soit complétement effectuée. La pepsine est alors utile, dans un cas en venant en aide à l'organe affaibli, dans l'autre en activant, en hâtant l'élaboration digestive et en abrégeant ainsi la durée du séjour des substances alimentaires dans la cavité gastrique. Dans le fait sui-

vant, en raison de la délicatesse extrême de l'enfant, et en égard à la rapidité bien connue avec laquelle arrive l'épuisement chez les jeunes sujets, il ne paraît pas possible de dénier l'honneur de la terminaison favorable à l'influence bienfaisante de la pepsine pour arrêter les vomissements.

Obs. VII. J. W***, garçon de sept mois, très-frêle, très-peu développé. Nourri au lait coupé et à la soupe de Liebig, il venait très-bien, quoique petit et délicat, et gagnait en volume, lorsque, à l'âge d'environ trois mois, sa mère s'aperçut qu'il devenait languissant, prenait moins de nourriture et avait beaucoup de constipation. Des vomissements vinrent s'ajouter à ces symptômes, et en même temps une prostration marquée des forces vitales. Il restait couché, sans cesse agité et sans cesse poussant des cris plaintifs. On ne put découvrir aucun autre phénomène propre à rendre compte de la maladie; pas de convulsions, nul signe décisif d'affection des centres nerveux ou de leurs enveloppes. On remédia au moyen de l'huile de ricin à la rétention des matières fécales; puis, dans le but de combattre le vomissement, on administra la pepsine, espérant ainsi que l'amélioration des digestions pourrait modifier d'une manière favorable les fonctions alvines. Immédiatement les vomissements s'arrêtèrent; en même temps le malaise général disparut, et le petit malade put goûter quelque sommeil. Il fut alors possible de s'assurer qu'il n'existait pas de sensibilité de l'abdomen, et dès lors s'évanouirent les craintes qu'on avait pu concevoir d'une affection de nature inflammatoire siégeant dans cette cavité. Pendant quelques jours l'enfant resta dans cet état, les forces vitales abattues et vacillantes, mais évidemment soutenues par la petite quantité de nourriture qu'il pouvait prendre, et garder grâce à l'action de la pepsine. Pendant une journée celle-ci fut suspendue; les vomissements se reproduisirent aussitôt, pour disparaître de nouveau par la reprise et la continuation du médicament. Mais cette fois, l'action sur l'intestin fit défaut, la constipation persista opiniâtrément, nécessitant de temps à autre l'usage de petites doses de poudre grise et de rhubarbe, qui parurent amener de très-bons effets. Un jour, de la dyspnée et un peu de toux ayant été remarquées, un examen attentif fit reconnaître de la faiblesse du murmure respiratoire dans toute l'étendue de la poitrine, et, à la base du poumon droit, de la respiration rude avec des râles humides fins. On administra alors de l'eau-de-vie et 3 à 4 gouttes de vin d'ipécacuanha trois fois par jour. Malgré cette complication sérieuse, l'enfant n'en arriva pas moins à une guérison parfaite, bien que lente et laborieuse.

Obs. VIII. Mary P***, âgée de quatorze mois, fut atteinte de rougeole grave, compliquée de congestion pulmonaire. Il était de toute nécessité pour la conservation de la vie, chez cette petite malade, que l'alimentation se fit dans une mesure convenable; cependant l'estomac rejetait tout ce qui était ingéré; le lait était expulsé en caillots volumineux, et l'on en retrouvait également sous la même

forme dans les garde-robes. La pepsine fut administrée en même temps que le lait, et dès lors il ne fut plus rejeté; l'apparition de caillots de caséum dans les selles ne tarda pas non plus à cesser. L'enfant se rétablit très-bien.

Bien que la pepsine se montre ainsi utile dans quelques affections aiguës, il ne faudrait pas cependant s'attendre à la voir manifester ses bons effets dans tous les cas.

Le fait suivant n'est pas sans valeur pour montrer l'action de la pepsine dans un état différent de l'estomac, et quoique incomplète en elle-même, l'influence du médicament est toutefois manifeste.

Obs. IX. Agnès M'C***, six ans. Depuis une attaque de bronchite à l'âge d'un an, cette enfant n'a jamais été très-forte et a toujours souffert de l'estomac. De temps à autre, il lui arrive, une quinzaine durant, de vomir fréquemment dans la journée; le matin elle rejette la valeur environ d'une tasse d'un liquide jaunâtre; à chaque repas elle est obligée de sortir de table quatre ou cinq fois pour vomir les aliments qu'elle a pris, en même temps qu'une grande quantité de liquide mousseux; fréquemment elle était renvoyée de l'école à la maison, à cause de vomissements dont elle était prise. Ces accidents surviennent à des intervalles d'un mois environ, et durent en général quinze jours, s'apaisant toujours et disparaissant peu à peu. Les garde-robes sont régulières et ont lieu deux fois par jour. Parfois elle s'est plainte de douleurs dans les bras et les jambes, la tête, le devant de la poitrine, mais jamais après les repas. Elle est sujette à une petite toux et est pâle et anémique. Ses cheveux tombent actuellement. L'attaque ordinaire de troubles gastriques étant revenue, le vin de pepsine a été administré, et immédiatement les vomissements ont cessé. Toutefois, afin de bien déterminer si cette amélioration est naturelle et spontanée, ou si elle est réellement due à la pepsine, bien qu'il y ait lieu de le croire puisque les accidents ne se sont jamais arrêtés si brusquement, on suspend un jour l'administration du médicament : les vomissements reparaissent aussitôt et tout aussi intenses que jamais. La pepsine est reprise, et de suite les aliments sont retenus par l'estomac. Malheureusement cette intéressante expérience a été interrompue par l'invasion d'une rougeole. Telle qu'elle est cependant, les résultats en sont dignes de remarque.

On a souvent l'occasion, dans les hôpitaux d'enfants, de rencontrer des sujets dont l'aspect a frappé tous les observateurs. La plume du docteur John Brown, cité par M. Stephenson, les a décrits d'une manière pittoresque : « Ce sont, dit-il, de petits malheureux qui ont des faces de vieux singes, sont tout en ventre, rien en membres, et ne cessent de crier jour et nuit. » Les expressions de *marasme* ou *tabes* s'appliquent en général à l'état

de ces petits infortunés. Sans entrer dans aucune des considérations, d'ailleurs étrangères à l'objet de son mémoire, se raptant aux conditions diathésiques qui président indubitablement à l'origine de cet état de choses, notre auteur regarde un point comme certain, c'est que constamment la situation de ces petits malades est aggravée par la moindre erreur de régime, de même que par toute autre condition anti-hygiénique. Corriger ces erreurs de régime, c'est entrer dans la voie qui peut permettre de fortifier et rétablir la constitution : voie du reste qui est loin, malheureusement, de conduire sûrement au but, car souvent les forces vitales sont déprimées à un tel degré qu'elles ne paraissent pas susceptibles de se relever. L'estomac, participant à la débilité générale et depuis longtemps cruellement fatigué par une alimentation mal appropriée, est le plus souvent trop faible pour accomplir ses fonctions. La pepsine, dans ces cas, est appelée à rendre d'éminents services.

Les faits suivants, bien que dans quelques-uns l'emploi de ce remède ait été associé à d'autres agents, fera voir la vérité de cette opinion, surtout si l'on se reporte à l'action manifestée par la pepsine dans les autres cas.

Obs. X. John S***, deux mois, est apporté de la campagne à l'hôpital des Enfants malades d'Edimbourg. C'est le premier enfant de parents dont la santé paraît bonne. Au rapport de la mère, c'était, à sa naissance, un baby gros et gras et ayant la meilleure apparence. A quinze jours, cependant, il commença à perdre de son embonpoint. Il avait jusqu'alors été nourri exclusivement au sein; mais le médecin prescrivit d'ajouter à son régime de la farine de froment. On lui en donnait trois fois par jour une petite cuillerée à café, délayée dans de l'eau bouillante et additionnée de sucre; de plus, on le mettait au sein deux ou trois fois dans la journée et deux fois dans la nuit. Avec ce régime, il alla peu à peu s'amaigrissant de plus en plus, à ce point qu'à peine a présent a-t-il apparence humaine, avec son ventre énorme et sa peau pendante en larges plis autour de ses membres inférieurs. Il a eu une éruption sur les fesses, maintenant d'ailleurs à peu près disparue, en sorte qu'il est malaisé de dire quelle a pu en être exactement la nature. La peau est aride et écailleuse au pourtour de la bouche; pas de symptômes de coryza. Vomissements de temps à autre, mais rarement; constipation ne cédant presque jamais sans remèdes; garde-robes plus solides qu'elles ne devraient être chez un si jeune enfant, d'une coloration foncée, généralement non homogène, mais sans beaucoup de matières vertes. Prescription : 5 gouttes de vin de pepsine à chaque repas, et huile de foie de morue deux fois par jour, en commençant par 5 gouttes, pour aller graduellement jusqu'à 30; aucun autre médicament; pour

régime alimentaire, rien autre chose que du lait et de la crème.

La mère revint au bout de quinze jours pour faire voir son enfant dont l'état était considérablement amélioré. Le troisième jour du traitement il y avait eu une garde-robe, la première, disait la mère, qui ait eu une apparence naturelle depuis la naissance. Depuis, la constipation a disparu, sans autre médicament. L'enfant reprend de l'embonpoint d'une manière sensible.

Deux mois après il est de nouveau apporté à la consultation. C'est maintenant un bel enfant, vif et bien venant, dans lequel il serait impossible de rien reconnaître de la misérable créature qui avait été présentée au début. Il est nourri exclusivement au sein et au lait de vache. Toutefois, on essaya des panades; mais à la suite de ces repas il paraissait mal à l'aise, et l'on y a renoncé. De temps à autre on lui donne encore de la pepsine; quant à l'huile de foie de morue, elle a été continuée deux fois par jour.

Obs. XI. Margaret N***, neuf mois et demi, a été sevrée à quatre mois, à cause du mauvais état de santé de sa mère. Ce n'a jamais été une enfant forte, mais elle avait les chairs fermes et se développa d'une manière très-favorable jusqu'à l'âge de sept mois, où elle perça les deux incisives médianes inférieures. Elle a été nourrie au biberon jusqu'à neuf mois, et depuis avec des potages de biscottes, de farine de froment et des crèmes aux œufs. Elle a dépéri graduellement et aujourd'hui, 21 décembre, elle est très-amaigrie. Elle est triste, agitée et crie presque constamment. Elle ne vomit pas beaucoup, mais elle a de la diarrhée de couleur verte, avec mélange de caillots blanchâtres. Les deux incisives médianes supérieures viennent de sortir. Vin de pepsine, 5 gouttes à chaque repas, sans rien changer au régime habituel, et huile de foie de morue, quelques gouttes matin et soir pour commencer, en augmentant ensuite la dose peu à peu.

Le 28 décembre. Une selle tous les jours, d'apparence tout à fait naturelle. L'enfant est gaie, ne crie plus et est beaucoup plus vivace. Il semblerait, suivant l'expression d'un voisin, que ce ne soit plus le même enfant. Continuation des mêmes moyens.

Le 13 janvier. Les garde-robes, après être restées parfaitement régulières, ont été diarrhéiques et grumeleuses pendant quelques jours, mais sont maintenant redevenues normales. L'enfant continue à être bien et gagne de l'embonpoint.

Il reste à voir quels sont les effets de la pepsine dans un autre genre de trouble digestif, la diarrhée. Que ce symptôme soit souvent le résultat du passage dans l'intestin d'aliments n'ayant subi dans la cavité gastrique qu'une élaboration nulle ou incomplète, c'est ce qui est bien connu. Le traiter par la diminution du régime alimentaire est fréquemment très-pénible pour l'enfant, dont souvent l'appétit est vorace; et d'ailleurs, à cause de cela même, combien de fois n'arrive-t-il pas que les prescriptions du médecin à cet égard ne soient pas exécutées ? Grâce à l'usage de la pepsine, ces

difficultés disparaissent : l'alimentation peut être continuée dans les mêmes conditions. A part les cas où des erreurs manifestes et par trop grossières étaient commises dans la façon de nourrir les petits malades, M. Stephenson nous dit qu'il n'y a que rarement introduit des modifications, si ce n'est parfois une certaine diminution dans la quantité, tenant avant tout à obtenir des renseignements aussi nets que possible sur la valeur réelle de la pepsine, lesquels n'eussent pas été suffisamment explicites, si un second facteur, le changement du régime, fût intervenu dans l'expérience.

Les exemples relatifs à ce genre d'affection eussent été faciles à multiplier, car la diarrhée est, parmi les troubles digestifs chez les enfants, celui peut-être qui tient le premier rang par sa fréquence; mais c'eût été une perte de temps que notre auteur n'a pas voulu subir ni imposer à ses lecteurs, et il s'est borné à rapporter un seul cas qui lui a paru et qui est en effet suffisamment démonstratif.

Obs. XII. William F***, âgé de six mois, enfant pâle et anémique, a été élevé au sein, mais avec addition quotidienne, à partir du huitième jour de la naissance, de potages aux biscottes et au pain. Depuis six semaines ses chairs ont perdu de leur fermeté et il s'est affaibli de jour en jour. Il a généralement cinq à six garde-robes par jour, très-liquides, avec des grumeaux verdâtres et des matières glaireuses. Il paraît éprouver de la douleur chaque fois qu'il a une excrétion alvine et il crie beaucoup. Tout ce qu'il prend, lait de sa nourrice et autres aliments, en si petite quantité que ce soit, est régulièrement rejeté par le vomissement. D'abord mis à l'usage de l'eau de chaux, avec suppression de toute nourriture solide, il n'en éprouve aucune amélioration : la diarrhée et les vomissements n'en continuent pas moins.

17 avril. Vin de pepsine, 5 gouttes à chaque repas (exclusivement liquide).

Le 21. Pas de vomissements depuis l'emploi de la pepsine. Diarrhée grandement améliorée; deux ou trois selles seulement par jour; sans grumeaux, sans matières verdâtres, de bonne coloration naturelle, mais plutôt trop liquides encore. — Depuis, l'amélioration est devenue de plus en plus marquée, l'enfant est plus vivace et plus gai.

On a pu se faire une idée, d'après les exemples qui précèdent, des diverses espèces de troubles gastro-intestinaux dans lesquelles l'expérience a montré à M. Stephenson que la pepsine peut rendre service. Ces exemples lui paraissent, et ils pourront paraître à nos lecteurs, nous le pensons du moins, suffisants pour convaincre que ce médicament est doué d'une grande valeur et d'une efficacité réelle dans le traitement de ces affections chez les enfants. C'est ce

qui résulte d'ailleurs des observations publiées dans notre pays par les auteurs que nous avons cités plus haut, observations dont les faits de notre confrère anglais ne font, en définitive, que confirmer les résultats.

Mais à en juger d'après les bons effets qui suivent l'administration de la pepsine dans les cas où il y a un état morbide bien décidé, n'y aurait-il pas lieu de supposer que cette substance pourrait être utilisée avec avantage pour prévenir ces mêmes désordres, qu'elle se montre capable d'amender si aisément? C'est une question que M. Stephenson s'est posée, et tout en reconnaissant qu'ici la démonstration est plus difficile à fournir, il nous apprend qu'il est dans l'habitude, chaque fois qu'il a affaire à des enfants de constitution délicate, pour peu surtout qu'il observe chez eux quelque tendance à la diarrhée, quelque disposition à vomir, de recommander qu'ils soient mis à l'usage régulier de la pepsine; c'est une pratique dont il déclare n'avoir eu qu'à se louer. Autant en fait-il, et avec succès également, chez les enfants qui sont soumis à ce mode d'alimentation défectueux, mais quelquefois inévitable, qu'on désigne sous le nom d'*allaitement artificiel*, et qui dans l'immense majorité des cas se fait au moyen du lait de vache, le plus aisément à la portée de tout le monde à cause de son bas prix et de la facilité avec laquelle on peut partout se le procurer. M. Stephenson pense que la pepsine peut et doit faciliter la digestion de ce lait chez les jeunes enfants, basant son jugement sur ce fait, que la pepsine est empruntée à l'estomac du veau, c'est-à-dire de l'animal dont ce même lait est l'aliment naturel.

Sur la narcéine employée comme médicament,

Par M. le docteur A. Eulenburg [1].

Depuis les recherches de Cl. Bernard sur les alcaloïdes de l'opium, ceux-ci et surtout la narcéine ont été l'objet de l'attention du physiologiste et du thérapeutiste. Cl. Bernard découvrit que la propriété narcotique de la narcéine l'emportait sur celle de tous les autres alcaloïdes opiacés, voire même sur la morphine dont elle n'a pas l'action excitante, c'est le seul qui, à dose toxique, tue sans déterminer de convulsions; les animaux ainsi empoisonnés ont les muscles dans le relâchement. Le sommeil que donne la narcéine diffère

(1) Traduit de l'allemand et reproduit d'après le *Journal de médecine de Bruxelles*.

de celui de la morphine par sa tranquillité et le défaut de ronflement ainsi que par le réveil qui le suit; on n'observe pas non plus la paralysie ni les troubles intellectuels qui suivent toujours la torpeur de la morphine ; les animaux reviennent bien plus promptement à leur état normal. Ces faits physiologiques devaient bientôt se traduire en données thérapeutiques.

MM. Debout et Béhier firent, les premiers, usage du nouvel alcaloïde, et tous deux se rencontrèrent dans leurs expériences avec les idées émises par Cl. Bernard. Ils obtinrent, au moyen de doses égales à celles de la morphine, un égal effet de sédation et de repos, mais sans les symptômes propres à celle-ci (céphalalgie, malaise au réveil, tendance aux dérangements des voies digestives et à la syncope). D'après M. Béhier, la narcéine agit d'une façon spéciale sur les voies urinaires, elle détermine la rétention d'urine sans enlever les besoins. Cette opinion se rapproche de celle de M. Ozanam, qui reconnaît à ce sel une action particulière sur la portion lombaire de la moelle épinière.

Encouragé par les expériences de M. Bernard, M. A. Eulenburg a fait à son tour un usage fréquent de cet alcaloïde, principalement dans les maladies chirurgicales et même sur des personnes en santé.

La narcéine se dissout complétement dans trois cent soixante-quinze parties d'eau à 17 degrés centigrades ; elle est donc plus soluble que la morphine qui ne se dissout que dans mille parties d'eau. Par contre, le chlorhydrate de narcéine est moins soluble que le chlorhydrate ou l'acétate de morphine.

La narcéine peut être employée en usage interne ou externe (par injection sous-cutanée). Ce dernier mode s'est montré préférable tant pour la sûreté des effets produits que par la petitesse des doses nécessaires (considération qui n'est point sans importance, si l'on a égard au prix encore élevé du médicament : 1 grain revient à 70 centimes), les voies internes ne doivent être utilisées que chez les personnes qui craignent l'injection ou dont la sensibilité ne permet l'emploi du médicament que par ce mode. M. Eulenburg donne par la bouche une solution légèrement acidulée de narcéine pure, 0gr,10 dans 30 grammes d'eau distillée, solution qui très-longtemps conserve toute sa limpidité. Pour les injections sous-cutanées, il emploie une solution beaucoup plus concentrée de chlorhydrate de narcéine (0gr,05 pour 4 grammes d'eau distillée) ; cette solution se troublant au bout de peu de temps, il faut la chauffer chaque fois que l'on en fait usage.

Les doses généralement employées par le docteur Eulenburg, sont, pour l'usage interne, de 1/6 à 1/2 grain, pour l'usage hypodermique, de 1/8 à 1/4 grain. Chez les personnes en santé, ces doses étaient généralement suivies d'un léger effet narcotique, sans accompagnement d'aucun symptôme subjectif désagréable, tel que la céphalalgie ou le dérangement gastrique. Le goût de la narcéine pure, qui est sans couleur ni odeur, est légèrement amer en même temps que métallique ; l'injection hypodermique donne une sensation de brûlure à l'endroit de la piqûre, mais de peu d'intensité et de durée, sensation moins prononcée, en tout cas, que celle que donne tout autre alcaloïde (morphine, quinine, etc.); elle n'eut jamais une action irritante; seulement chez un malade à peau décolorée, sensible, chaque injection faite au visage produisit un gonflement œdémateux sans rougeur à l'endroit de la piqûre, gonflement qui disparut au but de 24 à 48 heures en laissant une induration limitée et assez sensible. Ce symptôme n'a rien de spécifique et on l'a déjà remarqué après d'autres injections (celle de morphine, par exemple).

Parmi les effets physiologiques de la narcéine sur l'organisme, se présente, en même temps que le narcotisme, son action sur la circulation: celle-ci consiste principalement (au contraire de l'action de l'atropine) en une diminution avec amoindrissement du pouls, symptômes auxquels succède quelque temps après une accélération. Rarement le nombre des pulsations monte au-dessus de 12 à 16 par minute, pendant l'emploi du médicament. Son action sur le système nerveux cutané paraît être analogue à celle des autres narcotiques et produit ses effets d'une manière directe par la méthode externe (hypodermique) et indirecte, en agissant sur les centres, par la méthode interne. L'emploi répété de doses internes produit souvent de une à deux garde-robes, quelquefois même il a pour résultat la diarrhée. D'autre part, il paraît retarder l'apparition des menstrues. Enfin, on peut avancer qu'il ne se manifeste aucune action musculaire comme après les injections sous-cutanées de morphine. On peut assurer, dit M. Eulenburg, que, pour les effets sédatifs et hypnotiques, la narcéine est préférable à toute autre substance. Son emploi est indiqué même en dehors des névroses essentielles dans toutes les affections où le symptôme douleur est prononcé, telles que : affections articulaires, phlegmons, lésions oculaires (iritis, kératite, pannus, etc.), orchite, épididymite blennorrhagique, cystite, cirrhose du foie, dans les blessures ou après les opérations douloureuses; dans tous ces cas, la narcéine em-

ployée aux doses données plus haut, soit intérieurement, soit extérieurement, diminue rapidement la douleur et produit souvent un sommeil de 4, 5 et même 9 heures, sommeil doux, tranquille, non interrompu, et d'un réveil paisible; jamais ces doses ne donnèrent lieu à des dérangements ou à des effets toxiques. Bien que par la morphine, en de nombreux cas, on obtienne les mêmes effets, ce dernier sel est souvent infidèle : beaucoup de malades (surtout parmi les femmes) présentent, en effet, une sorte d'idiosyncrasie qui rend impossible l'emploi de la morphine; l'estomac (par l'usage interne) ne peut la supporter et la vomit, ou bien le médicament détermine, au lieu d'un sommeil réparateur, un état de surexcitation avec rêves pénibles, délire et convulsions; chez d'autres malades, la morphine, sans cause appréciable, n'a qu'une action minime ou de très-courte durée. La méthode sous-cutanée rend le médicament plus actif et plus sûr, mais en augmente aussi en égales proportions tous les inconvénients et détermine souvent de la céphalalgie, des syncopes, des vomissements, un collapsus profond; souvent le sommeil est par trop prolongé (cinquante-quatre heures, d'après Semeleder); d'autres fois, la morphine prolonge ses effets des jours entiers, même après le réveil.

Parmi les cas cités par M. Eulenburg, il en est plusieurs où la morphine n'aurait eu qu'un résultat nul ou insuffisant, par suite du manque de tolérance ou de toute autre cause, et où la narcéine eut une action des plus satisfaisantes.

La narcéine, comme calmant et narcotique, est un succédané de la morphine, qui, à tous égards, la vaut et peut même lui être préféré dans bon nombre de cas.

M. Eulenburg n'a encore eu que peu d'occasions d'employer la narcéine contre les névralgies (hémicrânie, névralgie supra-orbitaire, névralgie du trifacial et névralgie crurale); mais, chaque fois, le médicament réussit à guérir avec grande rapidité. Dans la migraine, 1/6, puis peu après 1/9 de grain de narcéine, pris au début, détermine un sommeil de plusieurs heures suivi d'un réveil en pleine santé.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'Érysipèle chez les enfants,

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

L'érysipèle, inflammation superficielle de la peau, essentiellement extensive, se rencontre souvent chez les enfants et chez les nouveau-nés.

Causes. — Chez les enfants nous reconnaissons des érysipèles par causes générales et par causes locales à la suite d'opérations, de lésions extérieures, plaies, blessures, vaccinations, simples écorchures, vésicatoires, inflammation de l'ombilic, eczéma du cuir chevelu, érosions des parties génitales, des fesses, etc., etc.

Chez les nouveau-nés, le manque de soins est la principale cause des érysipèles, si graves à cet âge.

Symptômes. — On remarque une rougeur plus ou moins intense de la peau, souvent circonscrite, qui disparaît par la pression et revient dès qu'on la cesse. Cette rougeur est plus ou moins douloureuse, quelquefois indolente. Très-souvent ces symptômes locaux sont accompagnés de gonflement des ganglions voisins et des vaisseaux lymphatiques de la région malade sous forme de traînées rougeâtres partant de l'érysipèle et se dirigeant vers les ganglions. L'érysipèle est quelquefois limité; ses limites sont plus appréciables au toucher qu'à la vue, il y a un bourrelet très-faible qui forme la circonscription. Lorsqu'il siége aux paupières, au scrotum ou à la vulve, il est accompagné d'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané.

Tous ces symptômes sont précédés de frissons, de fièvre et d'agitation; chez quelques enfants, il y a même un délire précurseur, avec vomissements. Pendant la marche de cette maladie, les symptômes sont en progrès; il y a chaleur de la peau, fièvre et soif vive, et de plus, la peau étant distendue, l'épiderme est modifié; il se soulève et il y a formation de vésicules pleines de sérosité. Le plus ordinairement l'érysipèle se termine par résolution, rarement par suppuration ou par gangrène.

Cette affection est parfois épidémique et même contagieuse, suivant l'opinion des chirurgiens anglais Arnolt, Gibson, Lauveau, et suivant celle des médecins français, Alibert, Rayer, Chomel, Costallat. Nous n'avons pas eu occasion de constater la contagion à l'hôpital des Enfants ; nous n'avons pas eu non plus occasion

de reconnaître que l'érysipèle fût bien positivement épidémique dans nos salles de chirurgie à cet hôpital; ce qui explique en partie les succès des opérations plus communs dans l'enfance.

Diagnostic. — Facile : il suffit d'avoir vu quelquefois chez les enfants la rougeole, la scarlatine, l'urticaire pour ne pas les confondre avec l'érysipèle. L'érythème pourrait se confondre avec l'érysipèle; mais le premier est sans tuméfaction, sans douleur, il est pour ainsi dire fugace et toujours sans symptômes généraux.

Pronostic.— En général, aussi grave chez les enfants que chez les adultes. Cependant, si nous nous en rapportons à notre pratique, nous dirons que souvent cette maladie suit une marche plus ou moins lente, dix ou douze jours, et guérit sans traitement par résolution; la rougeur, la chaleur et le gonflement diminuent et la desquamation arrive; seulement, ce pronostic favorable n'est pas exempt d'exceptions et doit être surtout modifié pour l'érysipèle des nouveau-nés, que nous devons indiquer séparément.

L'érysipèle doit être considéré comme très-grave lorsqu'il n'est pas purement local et qu'il est compliqué de résorption purulente caractérisée par la prolongation des symptômes généraux : frissons, fièvre, vomissements, passage rapide de la rougeur d'un point à un autre, ou qu'il est ambulant, comme on le dit.

Enfin, il est encore grave lorsqu'il se complique de phlegmon, c'est-à-dire d'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané et profond.

Traitement. — On doit le distinguer en traitement local et en traitement général.

Traitement local. — Nous ne dirons pas, comme quelques auteurs l'ont écrit, que le traitement local est inutile. Si dans beaucoup de cas, on doit s'abstenir de moyens locaux pour les érysipèles survenus sous l'influence générale, il n'en est pas de même des érysipèles par cause traumatique. Dans les cas d'érysipèle par cause générale, on peut se borner, soit à des lotions plus ou moins répétées avec l'infusion de fleurs de sureau ou l'eau de son, soit à des onctions avec l'axonge, ou mieux encore (car nous sommes peu partisan des lavages surtout émollients et chauds) en saupoudrant la partie malade avec de la fécule de pomme de terre ou de la farine de riz); mais dans l'érysipèle survenu par suite d'une plaie, d'une blessure légère ou d'une opération, s'il y a fièvre intense, chaleur très-grande et tendance à l'extension de la maladie, il nous a paru que, dans quelques cas, l'onguent napolitain en onction réussit; la pommade au sulfate de fer nous a offert quelques résultats avan-

tageux; à l'exemple de Dupuytren, dans certains cas ambulants, lorsqu'il y a fièvre, délire, etc., un vésicatoire placé au centre du mal a mis fin à tous les accidents, même chez des enfants très-jeunes. Mais je dois dire, pour avoir employé souvent ces moyens locaux, que les sangsues sur les ganglions lymphatiques au-dessus du mal sont très-utiles quelquefois, mais que surtout l'emploi du collodion, formule de Robert Latour, nous a donné, chez les enfants, les meilleurs résultats, pour les cas traumatiques. Quant aux sangsues, à l'exemple de Blandin, s'il y a chaleur, fièvre, nous appliquons, dans l'érysipèle traumatique, des sangsues sur les ganglions de l'aisselle, pour un érysipèle du bras ou de l'avant-bras, si les ganglions sont tuméfiés et douloureux; des sangsues sur la région de l'aine, pour un érysipèle du membre inférieur.

Traitement général. — Il est toujours indiqué, dans les érysipèles de causes générales : les purgatifs, les vomitifs, les boissons délayantes et laxatives, petit-lait, limonades, bouillons aux herbes sont utiles, selon les cas.

Mais après les opérations où l'on redoute la résorption purulente, l'alcoolature d'aconit, à la dose de 2 et 3 grammes dans un julep, doit être prescrite pour vingt-quatre heures, et répétée chaque jour. Le quinquina dans du café, donné à la dose de 1 à 2 grammes d'extrait mou de quinquina dans du café noir, une fois par jour, nous paraît très-utile dans les cas de résorption purulente, même chez de très-jeunes enfants.

Nous ne terminerons pas cet article sans parler de l'*érysipèle des nouveau-nés.*

Cet érysipèle, qu'on observe plus ou moins de jours après la naissance, peut être fixe ou ambulant, comme celui qu'on rencontre à tous les âges de la vie; mais ce qui le caractérise, c'est de se développer sur des enfants de quelques jours et d'avoir son siége le plus souvent autour de l'ombilic ou vers les parties génitales, au pourtour de l'anus ou aux fesses.

Causes. — La plus petite écorchure peut être la cause principale. Des gerçures des cuisses, des bourses et souvent l'inflammation qui accompagne la chute du cordon ombilical, peuvent déterminer le mal; les pustules du vaccin peuvent en être le point de départ.

Quelquefois c'est une cause épidémique, comme on l'observe de temps en temps dans les hôpitaux de femmes en couches, lorsqu'il existe des épidémies de fièvres puerpérales; enfin, la cause

peut être recherchée dans les mauvaises conditions où se trouvent les enfants des populations ouvrières.

Symptômes. — En général, il y a peu de prodromes, cependant quelquefois de la fièvre et des vomissements, des convulsions, de l'ictère. La coloration de la peau se déclare; dans un des points indiqués, il y a chaleur, agitation, insomnie, fréquence continuelle du pouls; la rougeur, d'abord peu étendue, marche, devient douloureuse et s'étend plus ou moins, elle prend quelquefois le caractère d'érysipèle ambulant et parcourt toutes les parties du corps. Il y a toujours plus ou moins de tuméfaction, d'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané.

Si la maladie se termine par résolution, les symptômes indiqués diminuent peu à peu; au contraire et malheureusement très-souvent l'enfant s'affaiblit, refuse de prendre le sein ; de la diarrhée, des vomissements surviennent, la partie malade est d'un rouge plus intense et même la peau se sphacèle. Lorsque les escarres se détachent, on doit panser les plaies qui en résultent avec des poudres plutôt qu'avec du cérat, et la suppuration ne peut cesser que très-lentement.

On remarque souvent des symptômes de péritonite, et à l'autopsie on constate du pus dans les mailles du tissu cellulaire des parois de l'abdomen, et aussi des fausses membranes sur les intestins et du pus dans la cavité abdominale.

Pronostic. — Cette maladie est très-grave, souvent mortelle; il y a d'autant plus de chances de sauver les enfants qu'ils sont plus âgés, mais presque tous ceux de quelques jours sont enlevés, quoi qu'on fasse.

Traitement. — *A l'intérieur*, quelques moyens laxatifs, le calomel à doses fractionnées; des lavements, s'il y a constipation; ne pas cesser complétement le lait de la nourrice, s'il est bon. Nous n'avons pas donné, comme les Anglais le conseillent, deux gouttes de teinture de perchlorure de fer toutes les deux heures dans de l'eau sucrée.

A l'extérieur, quelques bains entiers d'eau de son, de courte durée, peu ou point d'application de cataplasmes en général; ce qui nous a le mieux réussi, ce sont les poudres de fécule de pommes de terre ou de riz, mais surtout l'emploi réitéré plusieurs jours de suite du collodion élastique. On doit l'appliquer plus ou moins à mesure que l'érysipèle s'étend, il faut pour ainsi dire poursuivre la maladie avec le collodion, changer très-souvent de linge le petit malade pour qu'il ne soit pas dans l'humidité, et chaque fois qu'on le change réappliquer du collodion.

Lorsque la peau se sphacèle, les applications de digestifs peuvent être utiles quelquefois pour faciliter la chute des escarres; enfin, si les escarres sont tombées, il faut faire des pansements simples, de préférence encore avec de la fécule mêlée à des poudres plus ou moins toniques et renouvelées fréquemment avec soin; par ces moyens on évite de nouveaux érysipèles qui sont trop souvent provoqués par les corps gras, préparations d'axonge, de glycérine ou autres conseillés dans ces cas. Nous avons eu quelques succès très-rares, mais à l'aide de ces pansements.

De l'opportunité des agents anesthésiques dans les opérations oculaires, et notamment dans l'extraction de la cataracte.

Par M. le docteur Wecker.

Depuis que l'usage des anesthésiques s'est vulgarisé dans la pratique chirurgicale, de nombreuses discussions ont été soulevées sur l'opportunité ou la non-opportunité de cet emploi dans les opérations oculaires. Il a semblé tout d'abord très-avantageux de pouvoir assurer à l'opérateur une tranquillité absolue du patient, si désirable en pareil cas. Cependant, on n'a pas tardé à reconnaître que l'excitation nerveuse inhérente à l'administration des anesthésiques usuels, ainsi que les vomissements qui la suivent si souvent, pouvaient, en mainte circonstance, en contre-indiquer l'emploi. D'un autre côté, on s'est demandé tout naturellement si l'on avait le droit de recourir, pour faciliter des opérations dépourvues d'une importance vitale, à des agents dangereux et parfois mortels. Nous rappellerons à ce sujet le fait que l'on a eu, l'an passé, à déplorer à Londres, et dans lequel un malade, soumis à des inhalations de chloroforme pour l'extraction de la cataracte, a succombé entre les mains d'un praticien très-renommé. Il y a quelques jours encore, à Paris, un semblable malheur a frappé l'un de nos confrères les plus honorés et les plus justement estimés.

En nous plaçant sur le terrain de l'impartialité, nous aurons à discuter trois points différents pour résoudre la question posée dans les lignes qui précèdent :

1° Quels sont les inconvénients réels des anesthésiques dans la chirurgie oculaire ?

2° Quels sont les opérations dans lesquelles leur usage est utile et légitime ?

3° Quel est, de tous les agents anesthésiques, celui qu'on doit actuellement préférer aux autres ?

1. — Les nombreux inconvénients des anesthésiques, parmi lesquels nous citerons, au premier rang, une excitation prolongée et un sommeil très-agité et très-facilement interrompu, ont été fort souvent signalés à l'occasion des opérations d'oculistique, parce que, faute d'un droit bien établi à l'emploi de ces agents, et en considération de la durée habituellement très-courte de l'opération, les chirurgiens se croyaient obligés aux plus grands ménagements relativement à la dose de l'anesthésique à employer. Il est certain que cette timidité, d'ailleurs très-excusable, a été la source principale des inconvénients signalés. Nous applaudissons de grand cœur aux tentatives faites par le professeur Jacobson, auquel nous devons des travaux si estimés sur l'opération de la cataracte, lorsqu'il insiste tant sur la nécessité d'administrer de hautes doses de l'anesthésique, afin d'obtenir la résolution musculaire absolue que nécessitent les délicates opérations de l'oculistique. Toutefois, nous devons rappeler ici que M. Jacobson opère au voisinage de la frontière russe, ce qui explique l'obligation où il se trouve d'employer des quantités de chloroforme infiniment supérieures à celles qui conviennent dans les climats chauds ou tempérés, où l'usage des boissons alcooliques est bien moins répandu.

Le professeur de Königsberg indique, dans les *Archiv für Ophthalmologie*, que, sur 1,500 applications du chloroforme aux opérations oculaires, la quantité employée en moyenne a été de 120 à 260 grammes; la quantité la plus élevée de 380 à 500 grammes; enfin, la plus petite de 32 à 36 grammes. Il est évident que, si l'on veut se servir des anesthésiques dans les opérations oculaires, on ne peut le faire avantageusement qu'à la condition de les donner en quantité suffisante pour obtenir une résolution complète, et de réitérer les inhalations dans le cours même de l'opération, aussitôt que le malade prévient, par un changement de sa physionomie, de la proximité du réveil. Comme la délicatesse manuelle des opérations qui se font sur les yeux est assez grande pour absorber toute l'attention du chirurgien, il lui importe, s'il veut jouir réellement des bons effets du sommeil anesthésique, de s'en rapporter tout à fait à un aide exercé pour l'administration du chloroforme.

On a reproché au chloroforme de provoquer des vomissements très-fâcheux, soit pendant l'opération, soit immédiatement après elle. Nous savons par expérience combien est juste la réflexion que M. Jacobson a faite à ce sujet, lorsqu'il dit que ces vomissements ne sont jamais assez soudains dans leur apparition pour surprendre

l'opérateur, et qu'en prenant soin de maintenir à temps l'œil opéré, sous un plumasseau de charpie soutenu par le creux de la main, on soustrait l'œil opéré à la secousse que lui imprimeraient des efforts violents de vomissements. Le bandeau compressif, dont nous regardons l'usage comme indispensable après la plupart des opérations oculaires, garantit d'ailleurs le sujet du mauvais effet des vomissements qui pourraient survenir après l'opération. On voit, par ce qui précède, que la plupart des objections soulevées contre l'emploi des anesthésiques généraux dans les opérations oculaires, sont, pour le moins, entachées d'exagération.

II. — Parmi les opérations dans lesquelles l'emploi des anesthésiques est utile et légitime, nous devons citer au premier rang celles dans le cours desquelles toute contraction violente des muscles de l'œil et des paupières peut être la cause d'accidents immédiats, dans lesquelles le globe de l'œil est largement ouvert. L'extraction à lambeau se trouve ici en première ligne. Il faut avoir pratiqué un grand nombre d'extractions de cataracte, avec et sans le secours d'un anesthésique, pour éprouver, dans le premier cas, combien la section du lambeau est plus facile, et combien l'opérateur a moins de peine à lui donner l'étendue exacte et l'emplacement désirable. Mais si l'on dédaigne ces avantages, on trouve encore dans les anesthésiques de précieux auxiliaires, au moment de l'opération où il s'agit de donner issue à la cataracte. Nous affirmons que, sur un sujet complétement anesthésié et dans lequel la section du lambeau corné occupe une étendue suffisante, on peut à coup sûr éviter le moindre prolapsus du corps vitré. Ce qui nous autorise à avancer ce fait, c'est qu'ayant pratiqué un grand nombre de fois l'extraction de la cataracte sans ouverture de la capsule, nous avons souvent pu, au moyen d'une curette glissée sous le cristallin, faire sortir ce dernier, sans rien perdre du corps vitré, si ce n'est la gouttelette entraînée par l'instrument au sortir de la plaie. On peut donc dire que, chez un malade dont tous les muscles de l'œil sont en état de relâchement et où, après la section, toute pression intra-oculaire a cessé, le corps vitré n'a plus la moindre tendance à s'échapper de l'œil. Il en résulte que l'usage bien dirigé des anesthésiques réduit à néant l'un des principaux dangers reprochés à l'extraction à lambeau. A côté de ces services éminents, que les anesthésiques rendent à la chirurgie oculaire, nous devons en citer un autre qui n'est pas moins important : c'est que, grâce à eux, toutes les opérations deviennent praticables sur les plus jeunes enfants. Les appareils compliqués qu'on a construits dans le but de fixer la tête de ces

jeunes sujets sont aujourd'hui tout à fait superflus; on n'a pas non plus à craindre, comme autrefois, que les efforts et les cris des petits malades ne produisent à travers les plaies des hernies de l'iris, lorsque, après les avoir opérés dans un sommeil profond, on applique sur leurs yeux, avant le réveil, un bandeau compressif suffisamment serré. Inutile d'ajouter que les opérations douloureuses qui se font sur les paupières, ainsi que l'extirpation et l'énucléation de l'œil, exigent, au même titre que la plupart des opérations chirurgicales, l'administration des précieux agents que nous recommandons ici.

III. — Quant au choix des anesthésiques à employer, nous ne devons pas oublier que le moins dangereux sera le meilleur, surtout si l'on considère que les opérations dont il s'agit n'entraînent aucun danger pour la vie. Nous croyons donc que l'éther doit avoir la préférence, puisqu'il paraît avéré qu'il a bien moins occasionné d'accidents que le chloroforme. Nous faisons, depuis quelque temps, exclusivement usage de l'éther chimiquement pur et rectifié à 66 degrés. Tous les reproches adressés à l'éther, sous prétexte qu'il met beaucoup plus de temps à produire l'anesthésie et ne la rend jamais absolue, sont assurément injustes, si l'on se conforme aux préceptes, indiqués par la Commission américaine, d'employer un éther entièrement pur, suffisamment rectifié et d'en faire respirer, dès les premières inhalations, une très-grande quantité. Nous avons pendant une année fait usage d'un éther qui nous arrivait directement de New-York, et nous en versions du premier coup un verre à vin dans le sac de baudruche bourré de linge dont nous appliquions largement l'ouverture sur les narines et la bouche du patient. Si l'on ne tient pas compte de la toux que provoquent les premières inhalations d'éther, et si l'on recommande au sujet de souffler dans le sac pour obtenir des inspirations plus profondes, on détermine l'anesthésie presque aussi rapidement qu'avec le chloroforme. Quant à savoir si l'anesthésie fournie par l'éther est aussi profonde que celle qu'on doit au chloroforme, nous en avons eu maintes fois la preuve dans nos extractions de cataracte sans ouverture de la capsule. Il va sans dire que la sécurité avec laquelle le chirurgien procède aux divers temps de l'opération, lorsqu'il a fait usage de l'éther, n'existe jamais avec le chloroforme, lorsqu'on a dû en administrer jusqu'à une aussi complète résolution que celle que nécessitent les opérations oculaires. En outre, si c'est le chloroforme qu'on emploie, on est toujours contraint d'interrompre les inhalations pendant les divers temps de l'opération, tandis qu'en faisant

usage de l'éther, on peut presque toujours continuer d'administrer l'anesthésique jusqu'à l'application du pansement; on n'est donc pas exposé, dans ce cas, à un réveil soudain et aux mouvements désordonnés très-dangereux qui pourraient le suivre.

En résumé, nous croyons fermement que l'éther est appelé à être, à l'exclusion de tous les autres anesthésiques connus, mis à profit dans la pratique des opérations oculaires, et nous nous estimerions heureux d'avoir pu contribuer, pour notre part, à en vulgariser l'emploi.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur les eaux distillées de fleurs et de feuilles d'oranger,

Par M. Gobley.

Quelquefois on substitue dans le commerce l'eau de feuilles d'oranger à celle de fleurs. L'une et l'autre offrent cependant des différences très-grandes: l'eau distillée de feuilles d'oranger présente une odeur et une saveur aromatiques faibles; l'eau préparée avec les fleurs est au contraire très-odorante et très-suave.

Pour distinguer ces deux eaux distillées on a proposé, il y a déjà longtemps, l'emploi d'un mélange de 20 d'acide nitrique, 10 d'acide sulfurique et 30 d'eau. L'essai se fait avec une partie du liquide acide et cinq parties de l'eau que l'on veut essayer. Une coloration rosée très-sensible se manifeste presque immédiatement avec l'eau préparée au moyen de la fleur, tandis qu'elle n'a pas lieu avec l'eau distillée de feuilles. Lorsqu'on emploie une quantité double de liqueur d'essai, la coloration rosée se manifeste plus rapidement et est plus intense. L'eau de fleurs d'oranger, évaporée à une douce chaleur de manière à être réduite à un petit volume, prend encore la teinte rosée par l'addition de quelques gouttes du réactif; l'eau de feuilles d'oranger, dans les mêmes circonstances, ne donne lieu qu'à une couleur de feuille morte. L'expérience démontre encore qu'un mélange de 10 d'eau de fleurs d'oranger et 90 d'eau de feuilles ou d'eau distillée simple se colore également en rose sous l'influence de la liqueur acide.

Il résulte donc de ces faits qu'à l'aide du mélange d'acide nitrique et d'acide sulfurique dont nous venons de donner la composition, on peut distinguer l'eau de fleurs d'oranger de celle de feuilles, mais qu'il est impossible de déceler leur mélange.

Mais MM. Perin-Duval, pharmacien à Argentan, et Rabot, pharmacien à Versailles, d'une part, et M. Icard, pharmacien à Grasse, d'autre part, ont remarqué que de l'eau de fleurs d'oranger ancienne, préparée depuis deux, trois ou quatre années, quoique de très-bonne qualité et possédant un parfum très-suave, pouvait perdre la propriété de prendre la couleur rosée caractéristique. Ces nouvelles observations, ainsi que les précédentes, portent donc à admettre que le mélange d'acide nitrique et d'acide sulfurique constitue un réactif sur la valeur duquel on ne peut compter, puisque, s'il permet de distinguer l'eau de feuilles d'oranger de celle de fleurs, il ne peut servir à reconnaître ni le mélange de ces deux liquides, ni si une eau de fleurs d'oranger est pure lorsqu'elle a été préparée depuis quelque temps. L'odeur et la saveur sont donc encore jusqu'à présent les meilleurs moyens pour apprécier la qualité des eaux de fleurs d'oranger.

La propriété que possède l'eau de fleurs d'oranger de se colorer sous l'influence de l'acide sulfurique et de l'acide nitrique est très-remarquable. Plusieurs chimistes en ont recherché la cause. M. Rabot croit que l'eau de fleurs d'oranger cesse de se colorer lorsqu'elle ne renferme plus de néroli. A la longue, suivant lui, les eaux de fleurs d'oranger se modifient sous l'influence de l'air et de la lumière, l'essence s'oxyde, s'attache au verre ou se dépose en partie et subit, en tout cas, une modification telle que l'eau ne se colore plus par la liqueur acide. M. le docteur Daumas pense que cette coloration est due à un principe volatil encore inconnu, ce qui est peu probable, puisque le produit de l'évaporation de l'eau de fleurs d'oranger est encore susceptible de se colorer en rose. Enfin M. Icard l'attribue à la carbonisation de la matière mucilagineuse que l'eau de fleurs d'oranger tient toujours en suspension et dont elle ne se dépouille qu'avec le temps. M. Icard appuie son opinion sur ce fait que, lorsqu'on filtre à travers le charbon animal lavé une eau de fleurs d'oranger pure, fraîchement distillée et sensible au réactif, la filtration, en lui donnant une limpidité plus parfaite, la débarrasse de son mucilage, et par suite lui enlève la propriété de se colorer au contact de la liqueur acide.

A Paris et dans le plus grand nombre des départements de la France, on ne distille que la fleur d'oranger (*citrus bigarradia*) ; c'est même la seule partie de ce végétal qui doive être employée pour cet usage, car l'eau de fleurs d'oranger, qu'elle soit préparée par un distillateur, un confiseur ou un pharmacien, doit toujours présenter les mêmes propriétés d'odeur et de saveur, et être obtenue de la

même manière, puisqu'il existe une formule légale à laquelle tout le monde doit se conformer.

Depuis un certain nombre d'années, l'usage s'est introduit, dans le midi de la France, de distiller les feuilles avec les fleurs, et même de faire séparément de l'eau de feuilles et de l'eau de fleurs. Cette fabrication a été poussée tellement loin, et l'on s'en est tant servi pour frauder les eaux de fleurs d'oranger, que l'autorité a été forcée d'intervenir, et, en 1857, elle a enjoint aux distillateurs de ces contrées d'étiqueter à l'avenir les produits selon leur nature : *eau de fleurs d'oranger, eau de feuilles d'oranger, mélange d'eau de fleurs et d'eau de feuilles d'oranger.* L'eau de feuilles d'oranger, comme celle de feuilles et de fleurs, ne possède jamais le parfum et la suavité de l'eau préparée avec la fleur seule ; le mélange de la feuille altère la qualité de l'eau préparée avec la fleur ; aussi pensons-nous que ces deux eaux distillées ne devraient jamais être ni préparées ni vendues dans le commerce.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Un fœtus peut avoir respiré et ne pas avoir vécu de la vie extra-utérine. Fait à l'appui de cette assertion, observé par le docteur E. Deschamps, de Lesneven (Finistère).

Dans la nuit du 2 au 3 février dernier, je fus appelé près d'une femme en couches, à dix kilomètres de Lesneven. Je m'y rendis immédiatement, non sans quelques appréhensions : je savais, en effet, que la femme Floch avait déjà eu deux couches malheureuses.

Un médecin, appelé pour la première, dès l'apparition des douleurs, n'avait pu rester près de la malade, et, après un travail long et pénible, elle avait mis au monde un enfant mort.

Pour la seconde, on avait demandé les secours d'une sage-femme des environs. Celle-ci ayant voulu appliquer le forceps, avait été obligée d'y renoncer après plusieurs essais infructueux. Elle laissa l'accouchement se terminer seul, et le résultat fut encore un enfant mort.

Quand j'arrivai, j'appris que les douleurs duraient depuis sept à huit heures. La grossesse était à terme, le fœtus était bien vivant, je procédai à l'examen interne.

Le col était bien dilaté, les membranes intactes. N'ayant rien trouvé sous le doigt, quoique je l'eusse poussé assez haut, quel-

ques doutes me vinrent sur la présentation, et je fis mettre la femme dans une position qui me permît de procéder immédiatement à la version s'il en était besoin. Alors je renouvelai mon examen plus hardiment; les membranes cédèrent, donnant issue au liquide amniotique, et je rencontrai la tête arrêtée au détroit supérieur par l'angle sacro-vertébral très-saillant. J'attendis, pensant qu'après l'évacuation des eaux les douleurs allaient encore augmenter, et elles augmentèrent en effet. Au bout d'une heure, malgré la violence des contractions, pas d'engagement sensible de la tête, dont la position était l'occipito-iliaque gauche, mais que je trouvai inclinée sur la droite du bassin. Je me décidai à appliquer le forceps.

Application de la branche gauche facile; il n'en fut pas de même de la branche droite, et je m'y repris à deux fois sans réussir. La première fois, pendant son introduction, j'entendis dans le ventre de la mère un bruit répété auquel je ne pris pas plus garde qu'à des borborygmes intestinaux. Mais la seconde fois je perçus comme une vibration transmise par mon instrument, et une des personnes présentes dit à la patiente : *Courage, J***, écoute comme il est fort !* Et nous entendîmes tous, nous étions sept en y comprenant la mère, des vagissements distincts que l'on pouvait entendre à plusieurs pas.

L'instrument ayant été retiré entièrement, les vagissements, quoique moins forts, ne cessèrent point d'arriver jusqu'à nos oreilles.

Je recommençai une quatrième fois, et, pendant l'introduction de chacune des branches, le fœtus continuait de pousser des vagissements très-distincts, tellement distincts lorsque j'introduisis la seconde branche, que les personnes présentes osaient à peine respirer, et se regardaient les unes les autres en manifestant leur étonnement. Enfin, je croyais bien saisir la tête, lorsque des contractions violentes qui avaient déjà grandement contribué à mes trois premiers échecs, survinrent encore, changèrent la position respective des branches et m'empêchèrent d'articuler.

Je pris quelques minutes de repos, pendant lesquelles je ne me rappelle pas avoir entendu le fœtus.

C'était ici le cas d'employer un moyen qui réussit souvent, c'est d'introduire la branche droite d'abord. De cette manière je pouvais plus facilement faire basculer la tête de droite à gauche et appliquer convenablement cette branche.

Je procédai donc à une nouvelle application du forceps, qui ne

présenta plus de difficultés sérieuses. J'opérai le décroisement et réussis à articuler. Plus de vagissements. La tête étant bien saisie, je recommençai les tractions, qui, pendant un quart d'heure et plus, n'eurent aucun succès. Enfin, après un effort, il y eut un soubresaut ; la tête avait franchi l'obstacle. Quelques minutes après j'obtenais un enfant du sexe féminin, en état de mort apparente, mais qui, deux minutes après, donnait signe de vie, et, au bout de moins de dix minutes, criait et se démenait.

Ici je me demande si la rapidité avec laquelle la respiration s'est établie dans son ampleur ne tient pas à ce que l'enfant avait déjà respiré.

La tête de l'enfant était volumineuse; on y voyait à peine les traces des cuillers du forceps, mais le frontal présentait du côté gauche, tout près de la fontanelle antérieure, un enfoncement énorme qu'expliquaient bien les difficultés de l'extraction. Tout s'est bien passé depuis.

Si je présente cette observation avec quelques détails, c'est que les détails eux-mêmes expliquent les faits. Or, ces faits sont assez rares, assez remarquables, et les conséquences qui en découlent assez graves au point de vue médico-légal, pour que je n'aie voulu rien négliger.

En effet, là où je faisais pénétrer facilement la main, du côté gauche du bassin, ne pouvait-il pénétrer facilement de l'air ? La tête étant arrêtée au détroit supérieur, la pénétration de l'air jusqu'à la bouche du fœtus en est-elle plus difficile à expliquer ? Non; il y avait de ce côté un large segment de vide, car la tête, tout en cherchant à s'engager, était refoulée à droite par la saillie sacro-vertébrale. La main y ayant passé souvent, la branche du forceps y ayant passé et repassé, l'air pouvait aller baigner la tête de l'enfant et lui permettre de respirer et de vagir. Jusqu'ici je doutais des vagissements intra-utérins; je n'en doute plus, et suis obligé d'admettre comme vérités incontestables les propositions suivantes :

Un enfant peut respirer dans le sein de sa mère un certain temps avant sa naissance. Il peut mourir avant d'être expulsé complétement.

Dr E. Deschamps.

J'apprends à l'instant qu'un autre fait de vagissements utérins a été signalé il y a quelques mois dans un journal de médecine. Par un hasard assez singulier, ce serait encore un médecin des environs de Brest qui l'aurait observé.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies mentales, pathologie et thérapeutique, par W. Grésinger, professeur de pathologie interne, de clinique médicale et de clinique psychiatrique à l'Université de Zurich, membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris, membre honoraire de la Société des aliénistes anglais, etc. ; traduit de l'allemand (2e édition), sous les yeux de l'auteur, par le docteur Doumic, médecin de la Maison centrale de Poissy; ouvrage précédé d'une classification des maladies mentales, accompagné de notes et suivi d'un travail sur la paralysie générale, par le docteur Baillarger, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine.

La traduction française de l'ouvrage de M. le professeur Grésinger, annoncée depuis longtemps déjà, était attendue avec une sorte d'impatience des médecins qui, par position ou par simple curiosité d'esprit, s'intéressent aux questions complexes, obscures, que soulèvent les maladies mentales. La raison de cette impatience est bien naturelle. Quand un homme de la valeur de l'illustre professeur de Zurich, de Berlin bientôt, qui a consacré les plus fécondes, les plus vaillantes années de sa vie à l'étude d'une partie de la science qu'une foule d'obscurités environnent, publie le résultat de ses singulières recherches, tout le monde se tourne vers lui comme vers un voyageur qui revient de contrées incomplétement explorées, pour lui demander s'il apporte à la science quelques enseignements nouveaux, et quels sont ces enseignements. Nous le dirons tout de suite, sur plusieurs points des études variées auxquelles s'est livré M. Grésinger, et dont il a consigné les conclusions dans le *Traité des maladies mentales*, l'auteur a réellement éclairé la science; mais, en revanche, il ne nous semble pas que plusieurs pages soient même à la hauteur du progrès contemporain. Heureusement pour la fortune de l'ouvrage du savant professeur de Zurich, là où M. Grésinger marche en avant, son éminent annotateur, M. Baillarger, le constate; là où évidemment il se trompe, il le corrige : grâce à ce concours éclairé, M. Doumic, en traduisant en français le traité du médecin allemand, a doté la littérature médicale française d'une œuvre à laquelle tout le monde applaudira, et où plusieurs de nos médecins aliénistes pourront puiser des informations utiles et originales.

La physiologie pathologique, en toute maladie, mais surtout en matière d'affections mentales proprement dites, est la partie de la science médicale qui nous promet le plus de lumières, et qui malheureusement est encore, si nous pouvons le dire, à l'état

embryonnaire ; c'est qu'aussi ce sera le côté le plus lumineux de la médecine qui, sans ces notions supérieures, reste en grande partie plongée dans l'obscurité crépusculaire d'un étroit empirisme. Nous appellerons tout d'abord l'attention du lecteur du *Bulletin général de Thérapeutique* sur la partie du livre de notre très-distingué confrère de Zurich, où l'auteur s'efforce de porter le flambeau de l'analyse sur le jeu anomal du cerveau dans l'aliénation. Après avoir cherché à établir par quel processus d'idées, de perceptions ou de réflexions, de sentiments ou d'émotions, se forme le *moi* normal, il montre comment, dans son opinion, ces complexus d'idées se tiennent en équilibre par le contraste, et comment la folie consiste essentiellement dans la dissociation de ces idées. Mais écoutons l'auteur luimême : on verra par ce passage que si M. Grésinger, dans sa conception de la folie, doit se heurter à des difficultés qu'il n'est pas facile de résoudre, il tente au moins une voie nouvelle, et où il a déjà rencontré plus d'un point de vue qui éclaire réellement la théorie de cette affection morbide. « Tantôt, dit-il, la maladie cérébrale exagère directement quelques-uns de nos penchants ou de nos instincts, et leur donne une intensité démesurée ; ils se transforment en volontés, en actes, sans qu'aucune autre idée ait pu surgir à côté d'eux ; tantôt les idées se succèdent dans une marche très-rapide, et, dans leur disposition successive, il n'y en a pas une seule qui soit assez forte, et assez persistante pour qu'il puisse se produire même seulement un commencement de lutte réelle au sein de la conscience... Tantôt la perception est si paresseuse et le *moi* si faible, que de ce côté les conditions d'une lutte manquent... Dans d'autres cas, par suite de la maladie du cerveau, certains faux enchaînements d'idées, certains raisonnements erronés sont devenus si persistants, et se sont mêlés d'une façon si intime à tout le complexus d'idées du *moi*, que leur contraste est complétement effacé de l'âme, qu'ils pénètrent dans toutes les déterminations, et que le *moi*, faussé par ces idées fixes, est toujours obligé de se décider dans leur sens... Chez ces malades, la détermination et l'acte se produisent souvent avec un grand calme, et avec un choix et une combinaison de moyens qui semblent parfaitement appropriés ; et cependant la volonté intérieure leur manque, parce que les fausses suppositions ont acquis la force de motifs irrésistibles, et que le malade est dans l'impossibilité de s'y soustraire. » Si l'on ajoute à ce tableau le fait de l'inconscience de l'aberration de l'intelligence, sur lequel l'auteur n'insiste pas suffisamment, suivant notre humble opinion, ce sont bien là les traits

essentiels des formes principales de l'aliénation mentale classiquement consacrées, et ce mode de leur évolution pathogénique, ainsi étudiée du côté de l'âme, nous paraît ingénieusement conçu.

A la manière dont M. Grésinger explique cette évolution, il pourrait sembler tout d'abord qu'il est plutôt psychologue que pathologiste, ce serait là une complète erreur ; le médecin de Zurich, tout en admettant avec Locke qu'il est aussi difficile de comprendre l'action d'un agent immatériel sur la matière que de faire penser la matière, pose en principe l'existence de l'âme, mais n'hésite pas à rattacher la folie à des désordres, appréciables ou non, de la texture de l'encéphale. Telle est même la conviction de l'auteur à cet égard, que la partie de son livre qui touche à l'anatomie pathologique dans cette maladie ne doit être acceptée qu'avec beaucoup de réserve, quand elle ne doit pas être formellement combattue. D'abord M. Grésinger fait jouer un très-grand rôle à l'irritation, à l'inflammation même dans le processus pathologique dont la folie est l'expression phénoménale. Il y a déjà beaucoup à rabattre sur cette idée, même dans l'état de la science : cette erreur se démasquera bien plus encore, nous en sommes sûr, quand le microscope aura porté la lumière de ses délicates analyses jusque dans les profondeurs intimes de la texture nerveuse. Mais là n'est pas encore l'erreur capitale contre laquelle nous voudrions à l'avance prémunir les médecins que nous engageons à méditer l'œuvre du médecin de Zurich ; cette erreur, c'est de n'avoir pas distingué ce qu'on appelle la folie paralytique de la folie simple. Ici, point de lésion déterminée à laquelle on puisse rattacher sûrement la maladie, ce qui en fait une pure névrose ; là, au contraire, lésions profondes, originales de la substance grise, qui ne manquent jamais, et qui placent nécessairement la forme morbide, qu'elles caractérisent anatomiquement, dans un cadre nosologique essentiellement distinct. Au reste, M. Baillager, qui a répandu dans ces derniers temps les plus vives lumières sur cette question fondamentale en psychiatrie, corrige l'auteur sur ce point, en maints endroits de son livre, par des notes substantielles où sa plume exercée concentre en peu de mots les résultats de ses sagaces recherches, en attendant qu'il les développe dans un appendice qui doit, avec un essai de nouvelle classification des maladies mentales, compléter, en le faisant bénéficier des enseignements propres à la médecine française, le traité d'ailleurs plein d'intérêt du savant psychiatre de Zurich.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur cette partie du livre de M. Grésinger, et nous nous hâtons, pour en mieux marquer

encore l'esprit essentiellement pratique, de le suivre, ou plutôt de l'accompagner un instant dans quelques autres discussions non moins intéressantes que celles qui précèdent.

L'étiologie des maladies mentales est largement traitée par M. Grésinger, et, revenant ici à étudier d'un autre point de vue la pathogénie de ces maladies, l'auteur, tout en convenant avec une franchise qui l'honore qu'il lui paraît aujourd'hui qu'il faut faire, dans cette pathogénie, une part beaucoup plus restreinte que celle qu'il lui fit naguère au processus hyperémique, reste convaincu cependant que plusieurs de ses compatriotes mêmes sont ici sur la pente d'une exclusion absolue qui est en contradiction avec une observation attentive. Qu'il en soit ainsi quelquefois dans quelques formes de la folie simple, la manie, par exemple, nous le croyons volontiers ; mais nous sommes persuadé que, le jour où le judicieux médecin de Zurich aura distrait, ainsi que cela est rigoureusement commandé par l'état de la science, la folie paralytique, saisie dans son vrai caractère dès ses premières et fugitives manifestations, de la folie dans sa pureté nosologique, il restreindra encore les cas où l'hyperémie commande le processus mordide qui engendre la maladie. Quelque portée qu'ait cette remarque qu'appelle nécessairement une confusion regrettable, l'étiologie des maladies mentales n'en est pas moins traitée par notre savant confrère avec un luxe de détails et une sûreté d'appréciation des causes, qui révèlent le profond observateur.

Après avoir tracé le tableau général des maladies mentales, en les étudiant tour à tour dans les formes diverses et bien définies qu'elles affectent, exposé les bases d'un pronostic moins grave que ne le font certains manigraphes un peu pessimistes peut-être, M. Grésinger arrive enfin à la partie essentielle de son livre, la thérapeutique, cet autre quart d'heure de Rabelais de tout traité général ou partiel de médecine pratique. Ici encore nous ne ferons qu'indiquer quelques-unes des données de cet ordre, qui marquent le mieux l'esprit de la thérapeutique que recommande l'autorité incontestée de l'auteur.

Suivant l'opinion de M. Grésinger, l'isolement des malades dans les asiles est, dans l'immense majorité des cas, la mesure la plus efficace pour combattre la folie à son début. Grâce à ce moyen, dont la salutaire influence est comprise et acceptée de tous les psychiatres, la folie récente, surtout sous quelques-unes de ses formes, guérit souvent spontanément. Mais si M. Grésinger reconnaît à l'isolement des malades une influence si décisive dans beaucoup de circonstances, il n'est pas à cet égard aussi absolu que quelques-uns, et il reconnaît que la séquestration violente, pratiquée dans

quelques cas, aggrave et consomme un état morbide qu'avec plus de prudence on eût arrêté à son premier degré d'évolution. Malheureusement, pour distinguer ces cas et leur appliquer le régime qu'ils appellent, il faut une grande sagacité et une grande habitude d'observation. Tous les médecins spéciaux même sont loin, d'après l'auteur, de remplir les conditions de diagnostic ici exigées : comment les médecins qui n'ont fait de l'aliénation qu'une étude superficielle ne rencontreraient-ils point ici une pierre d'achoppement contre laquelle ils viendront nécessairement se heurter? Dans tous les cas, si les uns et les autres sentent le besoin d'un guide dans cette voie scabreuse, nous n'hésitons pas, pour notre compte, à indiquer le livre dont il est question ici comme un de ceux à la faveur desquels ils pourront se diriger avec le moins d'insécurité.

Nous remarquerons encore que le médecin de Zurich recommande, comme une des ressources les plus utiles à qui sait les appliquer en temps opportun, les bains prolongés dont, parmi nous, M. Brierre de Boismont est devenu le patron le plus autorisé. S'il n'en est pas venu à faire de même du traitement moral, tel que le conçut et l'appliqua, non toujours sans succès, notre très-intelligent et toujours regretté ami Leuret, le savant médecin de Zurich ne laisse pas cependant de faire leur part aux influences morales judicieusement maniées dans le traitement des maladies mentales. C'est surtout dans la folie chronique que le traitement psychique peut être utilement appliqué, et surtout à l'époque où les malades sont moins dominés par leurs idées délirantes ; « c'est alors, dit l'auteur, que l'on doit fortifier le *moi* ancien, qui commence à se reconstituer, pour éviter qu'il ne retombe et ne se détruise. »

Quelque incomplète que soit cette esquisse, si elle traduit bien le fond de notre pensée, elle doit laisser au lecteur l'impression que le livre de M. Grésinger, annoté par M. Baillarger et traduit par notre savant confrère M. le docteur Doumic, doit être accueilli avec faveur par tous les médecins français qui suivent avec intérêt les études psychiatriques. Si on n'y voit poindre aucune idée qui prépare un progrès décisif dans cet ordre de recherches, on sent au moins à chaque page du livre que l'auteur n'est pas de ces hommes endormis dans l'ornière qui se résignent à ignorer ce qu'ils ne savent pas : c'est là un signe non équivoque de la vigueur de la vie intellectuelle.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Lipome enkysté de la langue. — Opération par la méthode galvano-caustique. — Le nommé Allais, âgé de soixante-douze ans, exerçant la profession de tailleur de pierre, entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Follin, au mois de février 1866. Cet homme est atteint d'un phlegmon de la face dorsale de la main gauche, qui guérit assez rapidement par les moyens ordinairement employés.

Dès les premiers jours de l'entrée de ce malade à l'hôpital, on avait été frappé de sa façon de parler, de la difficulté qu'il éprouvait pour articuler les mots, et en examinant sa bouche, on découvrit que ce défaut de prononciation tenait à la présence d'une tumeur de la langue occupant l'extrémité antérieure de cet organe. Sa grosseur est à peu près celle d'un œuf de poule ; aussi le malade éprouve une certaine difficulté pour faire saillir la langue à travers les arcades dentaires. Cette tumeur fait corps avec la langue, à laquelle elle adhère fortement.

A travers la muqueuse, fortement injectée, lisse et comme tendue, on aperçoit la coloration jaune de la tumeur, qui donne à la palpation la sensation d'une tumeur molle, non fluctuante. Le doigt qui la presse n'y laisse pas d'empreinte. Au bord gauche de la langue on remarque une ulcération superficielle de 1 centimètre environ, et qui correspond à des dents gâtées et terminées en pointe. Le frein de la langue et le sillon médian de sa face ont complétement disparu ; les papilles ne deviennent apparentes qu'au delà de la tumeur. Des veines volumineuses et superficielles se dirigent parallèlement de la pointe vers la base de la langue.

Le malade raconte qu'il y a environ vingt ans il s'aperçut, pour la première fois, d'un bouton sur le bord gauche de la langue. La morsure de ce bouton le faisait saigner abondamment et semblait le faire disparaître pour quelque temps. Peu à peu sa tumeur a grossi et depuis cinq ans environ elle ne saigne plus. Du reste, jamais de douleur spontanée ni provoquée par la pression ; jamais d'engorgement ganglionnaire.

Les caractères de cette tumeur sont tellement tranchés qu'on arrive directement au diagnostic de lipôme, probablement enkysté, de la langue.

Comme cette tumeur nuisait à la parole et à la mastication ; comme elle était pour ce malade un obstacle à une alimentation

convenable; et enfin, vu qu'elle commençait à être le siége d'une ulcération qui pouvait avoir des conséquences fâcheuses, M. Follin se décida à l'enlever, mais à la condition, vu le grand âge du malade, d'employer un procédé opératoire qui permît d'extirper le mal rapidement, sans grande douleur et sans grande hémorragie.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante : Un fil de platine, de grosseur moyenne, a été jeté et serré modérément sur le pédicule de la tumeur; puis, ayant fait passer à travers cette anse métallique le courant électrique fourni par quatre éléments de la pile de Middeldorpf, M. Follin tourna rapidement le treuil qui resserrait l'anse de platine.

Par ce procédé, la tumeur a été enlevée en moins d'une minute sans hémorragie, et la section est nette, sèche et rougeâtre.

Les suites de l'opération furent très-simples. Le soir même, le malade se trouvait bien, et la plaie était cicatrisée au bout de douze jours.

Insensiblement la langue, qui avait été refoulée en arrière par le lipôme, revint à sa place primitive, et le malade parle bien plus distinctement qu'avant l'opération.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

L'omission de la double ligature du cordon ombilical peut avoir des conséquences fatales. L'importance de l'application d'une ligature sur le bout fœtal du cordon est tellement évidente que, si la nécessité en a été discutée, il n'y a néanmoins que bien peu d'accoucheurs, s'il y en a, qui négligent de la pratiquer. Il n'en est pas de même de la ligature du bout placentaire : celle-ci est bien certainement omise le plus souvent, malgré le précepte qui la recommande. Cette omission tient sans aucun doute à la rareté de la circonstance principale sur laquelle est basé ce précepte, à savoir, dans le cas de grossesse gémellaire, l'existence possible d'une communication vasculaire entre les deux placentas, d'où pourrait résulter, si le cordon n'était pas lié, une hémorrhagie funeste pour le second fœtus. Mais cette circonstance n'est pas la seule qui milite en faveur de la ligature dont il s'agit ici. Outre qu'après son application, l'arrière-faix gorgé de sang se détache avec plus de facilité, il est des cas, rares il est vrai, dans lesquels les vaisseaux du placenta communiquent directement avec les vaisseaux maternels, ce qui peut donner lieu à une perte de sang, fâcheuse et même funeste pour la mère. La démonstration de ce fait ressort de l'exemple suivant, observé par M. le docteur Verrier.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, anémique, qui, arrivée au terme de sa première grossesse le 25 décembre dernier, dut être accouchée au moyen du forceps. Après le dégagement de la tête, notre confrère, ayant reconnu que le cou était étreint par une circulaire fortement serrée, s'empressa de couper le cordon, dégagea les épaules et fit l'extraction d'un enfant très-volumineux, bleuâtre, presque asphyxié. Avant de lui donner les soins que réclamait cet

état, l'accoucheur prit la précaution, comme il le fait toujours, de placer d'abord une ligature assez peu serrée et à un seul tour, sur le bout placentaire du cordon. Quelle ne fut pas sa surprise, lorsque, revenant auprès de la jeune mère, il reconnut, l'utérus étant d'ailleurs contracté, qu'elle avait perdu une grande quantité de sang, sans que rien coulât par la commissure inférieure de la vulve, et que l'hémorragie se produisait, malgré la ligature, par la veine ombilicale du cordon, d'où le sang sortait en un jet continu de la grosseur d'une plume de corbeau! Une ligature, cette fois très-serrée, mit fin immédiatement à cette perte qui durait depuis près d'une demi-heure. Cependant la malade, déjà anémique, était extrêmement pâle; elle avait perdu ses forces et se plaignait d'un froid intense. Tous les moyens indiqués en pareil cas furent mis en œuvre avec persévérance: applications chaudes à l'intérieur, lavements vineux, rhum à l'intérieur; puis la délivrance fut faite, mais elle ne put avoir lieu qu'artificiellement, en raison d'un enchatonnement du placenta. Enfin l'accouchée ayant été replacée dans son lit, dans les meilleures conditions possibles, et paraissant calme et beaucoup mieux, M. Verrier avait cru pouvoir se retirer, lorsque, peu d'instants après, on vint le chercher en toute hâte : une syncope était survenue, qui, malgré les soins les plus empressés et les mieux entendus, se termina par la mort. (*Gaz. des hôp.*, 1866.)

Nævus ayant résisté à la ligature, guéri au moyen de l'acupuncture avec des aiguilles rougies. J. Green, garçon de onze ans, à peu près idiot, entre à l'hôpital Adélaïde le 18 juin 1865, dans un état de faiblesse marquée, résultant d'une hémorragie qui, depuis trois jours, s'était reproduite de temps à autre par une petite tumeur située au-dessus de l'oreille droite. Cette perte de sang, qui a déjà eu lieu à diverses reprises, chaque fois notamment que l'enfant s'est livré à quelque exercice violent, a toujours été arrêtée sans beaucoup de difficulté à l'aide du perchlorure de fer. Le cuir chevelu est recouvert en tous sens par de larges taches de coloration vineuse se réunissant à la partie supérieure de la tête en une tache plus considérable, au centre de laquelle siége la tumeur, à un pouce environ au-dessus de l'oreille droite. Cette tumeur, d'une coloration rouge-brun, assez semblable à une noisette pour la forme et la grosseur, s'implante par un pédicule étroit sur une racine circulaire ayant à peu près la largeur d'un florin et qui se sent parfaitement sous la peau : elle n'est le siége d'aucune pulsation ; la pression en réduit le volume. D'après les renseignements donnés par la mère, cette tumeur s'est produite à la suite de l'ablation d'une autre tumeur semblable, mais plus considérable, qui a été opérée il y a trois ans par la méthode de la ligature. Depuis cette opération, le jeune malade, épileptique de naissance, n'a pas eu une seule attaque.

L'incision ne paraissant pas praticable dans ce cas, en raison de l'extrême vascularisation du cuir chevelu, le docteur Walsh résolut de tenter l'extirpation au moyen d'une modification de la cautérisation actuelle. L'enfant ayant été anesthésié, la base de la tumeur fut traversée en tous sens par des aiguilles ordinaires chauffées au rouge-cerise. A chaque aiguille introduite, on voyait immédiatement la tumeur se rider, et enfin elle resta pendante, flétrie et tout à fait flasque. L'enfant fut remis au lit, et la douleur, qui était intense, fut combattue au moyen de l'opium, en même temps que des cataplasmes étaient appliqués pour contenir l'inflammation : celle-ci était considérable le lendemain ; il y avait en même temps une tuméfaction notable des ganglions lymphatiques cervicaux correspondants. Ces symptômes continuèrent, en diminuant toutefois graduellement pendant quatre jours, après quoi la tumeur tomba, laissant une plaie tout à fait semblable à celle qui résulte d'une brûlure au troisième degré. Huit jours après, la cicatrisation était parfaite. Depuis, le jeune opéré a été revu plusieurs fois, et la guérison ne s'est pas démentie. Un point intéressant dans cette observation, c'est la suppression des attaques d'épilepsie depuis la première opération, et qui ne se sont pas reproduites non plus après la seconde. (*Med. Press*, septembre 1865.)

Névralgie rachidienne ; guérison au moyen d'injections hypodermiques d'atropine. M. Ch. Hunter a présenté dernièrement un jeune garçon à l'une des sociétés médicales de Londres, comme affecté de cette maladie, que Graves a signalée, mais qui paraît

être au moins rare. Cette névralgie s'étant manifestée à plusieurs reprises chez ce petit malade, l'atropine en injections sous-cutanées en a chaque fois fait justice. Le résumé suivant donnera une idée de ce cas intéressant.

W*** K***, âgé de sept ans, a eu, il y a quatre ans, à la fin d'une coqueluche, une attaque d'éclampsie très-intense. A la suite, il resta insensible pendant plusieurs jours, et depuis il est demeuré paralysé du côté droit. A partir de la même époque, il a été sujet à une névralgie d'une forme particulière, contre laquelle divers moyens, entre autres l'électricité, ont été essayés sans aucun résultat avantageux. Cette névralgie se manifeste presque tout à coup, sous forme de paroxysmes extrêmement douloureux, et occupe constamment la région rachidienne. Après avoir ainsi débuté, elle dure ordinairement de trois à sept jours, et consiste en accès présentant deux degrés différents d'intensité; les plus douloureux se répètent de dix à douze fois par jour. Du reste, la pression ni la percussion n'éveillent aucune sensibilité sur le trajet de l'épine; les pupilles sont toujours dilatées au moment où les douleurs sont sur le point de venir. Le 29 novembre, une attaque ayant commencé depuis plusieurs heures, M. Hunter injecte un soixantième de grain d'atropine au niveau du rachis (le point n'est pas mieux précisé) ; les accès sont arrêtés. Le 16 décembre, nouvelle attaque; six accès ont déjà eu lieu; injection d'un quarantième de grain; pas de douleurs pendant douze heures; à ce moment elles reparaissent; nouvelle injection qui les arrête. Rien jusqu'au 12 janvier ; ce jour une attaque se manifeste; son développement est enrayé par une seule injection. De même le 3 février. Après chaque injection, le petit malade s'endort tranquillement. Jamais il n'a éprouvé à un degré quelconque les symptômes d'une intoxication par l'atropine. (*British med. journ.*, févr. 1866.)

Amputation de l'utérus. A défaut de pouvoir contenir l'utérus abaissé et sortant par la vulve, l'amputation en a été proposée et pratiquée même dans quelques cas. Mais cette opération est si redoutable, que l'on ne saurait accumuler trop de preuves pour la justifier. Nous en empruntons aujourd'hui un nouvel exemple au docteur Padieu. Il s'agissait d'un renversement complet de l'utérus remontant à un second accouchement terminé, il y a huit mois, par une matrone, et donnant lieu depuis à des hémorragies continuelles. Une fois cette lésion bien constatée par l'exploration, M. Padieu s'occupa d'y remédier par la ligature placée le plus haut possible dans le sillon formé entre le pédicule et le petit bourrelet du col utérin. Les deux bouts du fil sont passés dans les trous de huit gros grains de chapelet, puis la constriction opérée par le serre-nœud ordinaire; opération simple et des plus faciles.

Immédiatement après, douleurs très-vives dans le bassin, s'irradiant dans les reins, altération profonde des traits; sueurs froides, pouls très-petit, serré, lent; nausées. Mais tout cet appareil effrayant céda à l'emploi de l'éther, du laudanum et de frictions sèches et chaudes sur les membres; la réaction s'établit et les douleurs se calmèrent. Chaque jour la ligature fut resserrée par quelques tours d'écrou concurremment avec des injections émollientes. Pas d'accidents ultérieurs, et le neuvième jour la ligature tomba avec la tumeur qui, soumise à l'examen histologique de M. le professeur Robin, fut reconnue pour être bien le tissu de la matrice.

Le rétablissement de cette femme fut complet, et appelé un an après dans son village, M. Padieu s'assura qu'elle se portait parfaitement et qu'elle s'occupait activement de sa profession de boulangère. Il y avait suppression des menstrues, et il constata par le toucher l'absence du museau de tanche à la partie supérieure du vagin. La partie inférieure du col forme un anneau peu épais, très-souple, insensible, au centre duquel le bout du doigt pénètre aisément dans une espèce de cul-de-sac rétréci et résistant formé immédiatement au-dessus, et qui marque la limite supérieure de ce qui reste de l'utérus. (*Bulletin de la Société médicale d'Amiens.*)

Du chlorate de potasse contre les affections de l'ovaire. Bien que l'ovariotomie ait aujourd'hui fait ses preuves, quiconque pourrait la remplacer par un traitement interne aurait encore de grands droits à la reconnaissance de l'humanité. Sans donner le chlorate de potasse comme un spécifique à cet effet,

M. Craig l'a employé avec succès comme absorbant du liquide, de telle sorte qu'il ne serait plus permis désormais de pratiquer l'ovariotomie sans en avoir préalablement fait usage à haute dose. Car, tout en admettant, d'après l'expérience universelle, que beaucoup de cas doivent rester réfractaires à son action, dont le succès dépend sans doute de certaines conditions indéterminées du liquide enkysté ou de son enveloppe, l'incertitude où l'on est à ce sujet fait une loi d'y recourir en présence des succès obtenus. En effet, quatre cas sont relatés où la disparition du kyste a été complète dans deux, incomplète dans un, et incertaine dans l'autre par cessation du remède. Il suffit de citer le premier comme exemple:

Miss S.., d'une bonne constitution, porte une tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, dans la région iliaque gauche, mobile, sans adhérences, dont le début remonte à cinq ans. Elle a suivi plusieurs traitements depuis quatre ans sans amélioration, et elle allait être opérée quand la mort de son médecin empêcha peut-être la sienne. Soumise en effet à l'usage d'une solution saturée de chlorate de potasse, une cuillerée à dessert trois fois par jour, cette malade en éprouva une amélioration sensible après deux à trois semaines; la tumeur diminua graduellement et était entièrement disparue après dix à douze mois d'usage de ce médicament, ainsi que le malaise et tous les symptômes qui y étaient inhérents.

Le deuxième fait est aussi concis et concluant. En pareil cas, des détails cliniques mieux circonstanciés seraient sans doute utiles au diagnostic, mais il suffit qu'un médicament aussi inoffensif paraisse même avoir été favorable dans un cas aussi grave qu'un kyste ou une tumeur quelconque de l'ovaire pour que des essais se renouvellent bientôt pour élucider cette question. (*Edimb. med. Journ.* et *Union médicale.*)

L'ortie contre les hémorragies passives. Guidé sans doute par l'indication du sirop d'ortie signalé dans quelques traités de matière médicale, le docteur Benavente en a employé la décoction, 30 grammes pour 500 grammes d'eau, contre les hémorragies, à la dose de plusieurs tasses par jour. Elle a réussi dans deux cas de ménorrhagie passive et quatre de métrorrhagie symptomatique contre lesquelles le seigle ergoté, le tannin et l'opium avaient échoué. Elle s'est montrée également efficace dans six cas d'hémoptysie et une épistaxis rebelle. Le docteur Gallego l'a employée de même d'après la pratique populaire à Almaden, ainsi que plusieurs autres médecins espagnols, et tous avec succès.

Les propriétés excitantes de l'ortie étant bien avérées, il est facile de prévoir son action et en déterminer l'emploi. Toutes les hémorragies passives en sont tributaires. C'est en excitant ainsi tout l'organisme qu'elle a réussi également comme fébrifuge. D'autres stimulants réussiraient au même titre. Par son action intense, elle peut offrir cependant des avantages particuliers. C'est ce qu'une étude expérimentale et comparative à faire avec la décoction ou l'extrait de cette plante commune peut seule élucider. (*Siglo medico* et *Union médicale.*)

Cas de transfusion du sang suivie de succès. Il paraît que la transfusion du sang a été pratiquée deux fois dans ces derniers temps à Berlin. Nous ne savons quel a été le résultat dans l'un de ces cas; mais en voici un où le succès est venu récompenser les efforts des médecins.

Le 12 mars dernier, un matin, un jeune homme fut trouvé étendu sur le plancher de sa chambre, paraissant privé de vie. Le docteur Badt, appelé aussitôt, reconnu qu'il s'agissait d'un empoisonnement par la vapeur du charbon: il fit transporter le corps dans une chambre spacieuse où l'accès de l'air fut largement ouvert, puis avec l'assistance du docteur Sachs, il pratiqua la respiration artificielle. Les effets furent très-satisfaisants, la respiration se rétablit et le malade sembla d'abord aller de mieux en mieux. Mais, vers deux heures de l'après-midi, le pouls, qui s'était relevé, redevint faible, puis à peu près imperceptible, en même temps que la respiration était lente et courte, en sorte que la mort paraissait inévitable et prochaine.

M. Badt proposa alors comme dernière ressource l'opération de la transfusion. Le professeur Geheimerath (Martin) consentit à la pratiquer, et elle fut faite à trois heures, avec l'assistance des deux médecins qui les premiers avaient donné leurs soins au malade. Le sang injecté fut fourni par le frère de celui-ci et par une autre personne. Le résultat immédiat

fut merveilleux : le pouls reprit de la force, la respiration devint plus profonde, les yeux s'ouvrirent, les joues, d'une pâleur mortelle, se colorèrent, et au bout de quelques minutes, le patient pouvait avaler un peu d'eau. Toutefois il resta sans connaissance jusque vers le milieu de la nuit suivante, et comme suspendu entre la vie et la mort. Mais le lendemain matin il était assez bien pour être regardé comme hors de danger. (*Med. Press and circular*, avril 1866.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Sur la trichinose. Voici les conclusions du rapport que M. Delpech a lu à l'Académie sur ce sujet :

« Bien que connue seulement dans ses symptômes et sa gravité depuis 1860, la trichinose est une maladie ancienne, et dont on peut démontrer l'existence épidémique en Allemagne à une époque plus éloignée.

« Elle était confondue alors avec des affections variées, et considérée en particulier comme une fièvre typhoïde d'une forme exceptionnelle.

« Depuis les travaux importants auxquels elle a donné lieu, elle ne peut que bien rarement être méconnue lorsqu'on l'a suivie avec attention *dans toutes les phases* de son développement.

« Les troubles des fonctions digestives, suivis d'un œdème de la face, puis de douleurs violentes du système musculaire et d'une dyspnée qui peut aller jusqu'à l'asphyxie par impossibilité des mouvements respiratoires, constituent un ensemble de symptômes qui ne se rencontrent dans aucune autre affection.

« Ces accidents correspondent aux époques successives de la naissance dans l'intestin et de l'immigration dans les muscles des trichines en quantités souvent énormes, et, toutes choses égales d'ailleurs, ils sont en proportion avec le nombre des parasites introduits dans l'organisme.

« La présence de ceux-ci peut être démontrée pendant la vie par l'examen d'un fragment de muscle enlevé à l'individu qui les porte, au moyen d'instruments particuliers et par une petite opération peu douloureuse et sans gravité.

« Dans les cas douteux, le diagnostic peut donc être assuré par une recherche directe et décisive.

« En général, un seul porc infecté un nombre plus ou moins considérable de personnes.

« Les animaux, ou du moins un certain nombre d'entre eux, peuvent aussi contracter la trichinose; les carnivores et les omnivores spontanément; les herbivores artificiellement et seulement par l'intervention de l'homme.

« C'est en mangeant la viande de porc crue, ou incomplètement cuite, que l'homme peut contracter l'affection parasitaire.

« Le porc, de son côté, paraît s'infecter de différentes façons : il mange les animaux trichinés, les rats particulièrement ; il ingère les excréments de l'homme ou des porcs qui rendent des trichines femelles fécondées.

« On ne peut admettre, comme origine de sa trichinisation, les taupes, les vers de terre, les larves de mouches carnassières, les larves des betteraves.

« Le porc infecté spontanément conserve toutes les apparences de la santé. L'examen microscopique seul permet de constater la présence des trichines. Chez l'homme, les kystes peuvent être aperçus à l'œil nu, sous la forme de taches blanches, quand ils sont incrustés de sels calcaires.

« Dans les pays à trichinose, l'examen microscopique obligatoire peut seul donner de la sécurité.

« Jusqu'à présent, la France paraît être préservée de cette maladie; les rats des abattoirs et des clos d'équarrissage n'y sont pas sujets, au moins d'une manière habituelle.

« La raison de ces différences se trouve dans les coutumes opposées des populations allemandes ou françaises, ces dernières ne mangeant que des aliments qui ont subi une température prolongée de 75 degrés centigrades.

« Une salaison abondante et assez prolongée pour avoir pénétré toute la viande donne d'excellents résultats, aussi bien qu'une fumigation chaude qui a duré vingt-quatre heures. Une fumigation froide, de plusieurs jours, ne tue pas les trichines.

« En l'absence de toute épidémie et même d'observations isolées de trichinose, il n'y a pas lieu d'organiser en France un système spécial de mesures d'hygiène publique, et en particulier d'instituer une inspection générale et obligatoire des viandes par le microscope.

« Toutefois, il ne serait pas sans utilité d'établir, dans un but d'étude et d'examen, un service d'inspection dans quelques villes pourvues d'abattoirs, pour constater, par des relevés statistiques, l'existence, l'absence ou la proportion de la trichinose dans la race porcine.

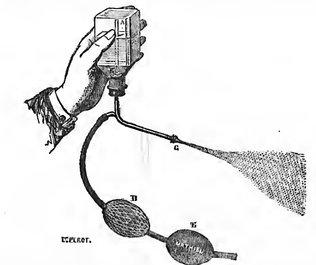
« Certaines conditions d'élevage et de soins spéciaux pouvant exercer sur le développement de la trichinose chez le porc une grande influence, il y aurait lieu de répandre par des circulaires, dans les populations agricoles, la connaissance des précautions à prendre pour les en garantir. » (*Acad. de Méd.*)

Nouveau pulvérisateur.

M. Guérard a présenté à l'Académie de médecine, au nom de M. Mathieu, un appareil propre à déterminer l'anesthésie locale par la vaporisation de l'éther. Le principe de cet appareil est le même que celui qui est appliqué dans le néphogène que M. le docteur Tirman de Charleville et lui ont imaginé il y a huit ans.

Ainsi que l'indique la figure, l'appareil se compose : 1° d'un flacon, que l'on retourne afin de favoriser la sortie au liquide par son propre poids;

2° D'un système de deux boules élastiques dont l'une E forme soufflet et l'autre D réservoir. Un courant d'air continu est produit par le jeu de ces boules, et ce courant entraîne avec lui un jet capillaire du liquide, dont la vaporisation rapide donne lieu à un



abaissement considérable de température. Ce système de deux boules est emprunté à l'appareil de M. Richardson.

3° B prise du liquide dans le flacon.

4° C orifice capillaire d'où s'échappe le courant d'air et le liquide précipité par lui.

Cet appareil a été expérimenté avec succès par plusieurs chirurgiens; il offre l'avantage de produire un jet d'air éthéré non interrompu, une vaporisation extrêmement rapide et un refroidissement en rapport avec cette rapidité de la vaporisation.

VARIÉTÉS.

Recherches sur le genre de mort de J.-J. Rousseau,

Par M. le docteur Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

S'il est une étude pleine d'intérêt et qui convienne particulièrement au médecin, c'est assurément celle qui consiste à rechercher quel a été le genre de

mort des grands hommes. Desgenettes l'avait entreprise pour les morts illustres de Plutarque, mais sans y apporter cet esprit d'analyse et de critique qui permet de distinguer le vrai du faux et qui vient ainsi en aide à l'histoire. Dans les loisirs un peu forcés que me fait une santé toujours chancelante, je me suis aussi essayé dans ces sortes d'études, et j'ai commencé par l'homme le plus éloquent peut-être et le plus malheureux du dix-huitième siècle, par J.-J. Rousseau.

On a dit que les grands hommes ne peuvent pas mourir naturellement. C'est qu'en effet leur mort reste presque toujours entourée d'incertitudes et d'obscurités ; que de fois Tacite, ayant à raconter la mort de tel grand personnage de son temps, en est réduit à dire que cette mort a eu lieu *non sine suspicione veneni !*

Ainsi en est-il de J.-J. Rousseau. Il vient à peine d'expirer en juillet 1778, que déjà les esprits sont partagés ; le bruit se répand qu'il a mis fin à ses jours par un suicide. Le médecin Le Bègue de Presle publie une lettre pour démentir cette rumeur ; mais Grimm, tout aussitôt, fait remarquer que l'opinion généralement établie sur la mort de J.-J. Rousseau n'en persiste pas moins ; on croit toujours, dit-il, que ce philosophe s'est empoisonné lui-même (1).

Le marquis René de Girardin, propriétaire de cette belle habitation d'Ermenonville qui avait été le dernier asile de Rousseau, repousse de toutes ses forces l'idée d'une mort volontaire (2) ; mais le Génevois Corancez, l'ami de J.-J. Rousseau, soutient qu'il y a eu suicide, et donne des détails à ce sujet (3). Mme de Stael partage cette opinion (4), qui est de nouveau débattue dans les dernières années du dix-huitième siècle ; puis, après un long silence, cette même question est reprise sous la Restauration. Musset-Pathai, l'historien de J.-J. Rousseau, cherche de nouveau à démontrer que ce grand écrivain s'est en effet donné la mort (5) ; mais le comte Stanislas de Girardin, fils du marquis, s'élève fortement contre ce qu'il appelle une supposition odieuse : il maintient que la mort de Rousseau a été le résultat d'une maladie (6). Plus récemment enfin, mon illustre compatriote, M. Berville, aujourd'hui président honoraire à la Cour impériale de Paris, s'est également prononcé contre l'idée du suicide ; mais, en même temps, il nous donne un premier aperçu de la vie de J.-J. Rousseau, tel, en vérité, que le suicide en paraît la conséquence inévitable : « Quelle existence étrange ! dit-il ; dans la maturité de l'âge, un homme, dont l'enfance fut errante et la jeunesse obscure, se révèle tout à coup au monde et à lui-même ; dès presque les premiers pas, il s'élève aux plus hauts sommets de l'éloquence ; durant quelques années il étonne son siècle, il passionne les âmes, il agite puissamment les intelligences, puis, au milieu de ses triomphes, sa raison s'égare ; il voit l'univers conjuré contre lui, il rompt avec les hommes, pour lesquels il se croit un objet d'horreur, il erre d'asile en asile et meurt seul sur la terre, maudissant sa gloire et doutant de la postérité (7). »

(1) *Correspondance de Grimm et de Diderot*, t. IV, juillet 1778.

(2) *Lettre à la comtesse Sophie*, datée d'Ermenonville, juillet 1778.

(3) *Lettres de Corancez*, Paris, 1798, p. 60, et passim ; *de J.-J. Rousseau*, par Corancez, in-8o paru en l'an VI.

(4) *Sur le caractère et les ouvrages de J.-J. Rousseau.* Paris, 1788 et 1798.

(5) Musset-Pathai, *Œuvres de J.-J. Rousseau.* Paris, 1824.

(6) *Lettre à Musset-Pathai*, par le comte Stanislas de Girardin. Paris, 1824.

(7) *Notice sur J.-J. Rousseau.* Caen, 1858.

Ce tableau est saisissant de vérité ; mais il y a comme un dernier coup de pinceau que M. Berville n'a pas osé donner. Après ces mots : « il erre d'asile en asile, » n'aurait-il pas dû dire : *et finit par se donner la mort* en maudissant sa gloire et doutant de la postérité ? Mais M. Berville est un ancien magistrat, je suis un vieux médecin, c'est là une affaire médico-légale que nous allons instruire ensemble ; pour ma part, j'examinerai avec soin les actes prétendus officiels rédigés par les médecins de l'époque, et je les réduirai à leur juste valeur ; et quant à ces témoignages que M. Berville donne comme unanimes, et qu'il regarde comme compétents, je les reproduirai avec lui, et je les contrôlerai les uns par les autres.

Cette enquête rétrospective aura ainsi un caractère qui, jusqu'à présent, a fait défaut à tous les débats, à toutes les discussions élevées sur les incidents de la mort de J.-J. Rousseau, je veux parler du caractère scientifique. A l'exception, en effet, du docteur Le Bègue de Presle et des signataires des pièces dites officielles, tous ceux qui ont dit leur mot sur les faits relatifs à la mort de J.-J. Rousseau étaient des hommes du monde ou des littérateurs peu compétents en pareille matière ; la science n'avait pas encore été interrogée, on avait tout accepté pour ainsi dire les yeux fermés ; les rapports des médecins eux-mêmes n'avaient été soumis à aucune discussion.

J.-J. Rousseau est pleinement entré aujourd'hui dans la postérité ; près d'un siècle s'est écoulé depuis sa mort, c'est pour ainsi dire de la poussière des tombeaux que nous aurons à évoquer tous ces témoignages ; les passions de l'époque ne peuvent plus nous agiter, aussi bien celles qui ont amené la translation des cendres de J.-J. Rousseau au Panthéon que celles qui, vingt ans après, ont fait violer sa tombe. C'est un point d'histoire que nous voulons ici mettre en lumière ; nous voulons savoir si en effet Rousseau a été atteint de cet égarement de la raison qui finit presque toujours par le suicide, si les symptômes qu'il a offerts, surtout dans les dernières années de sa vie, n'étaient pas de nature à faire prévoir cette catastrophe ; s'il faut enfin le ranger au nombre de ces infortunés dont a parlé le poëte :

...... Qui sibi lethum
Insontes peperere manu, lucemque perosi
Projecere animas [1]......

Nous entrons sans plus différer dans l'historique des aberrations de cette belle intelligence ; aberrations si diversement interprétées par les amis et par les ennemis de Rousseau ; les dérangements, qu'on pourrait appeler ultimes, qui ont marqué au moins les dernières années de sa vie, ne sont contestés par personne. Rousseau lui-même en a informé le monde entier ; la question est de savoir à quelle époque il faut remonter pour retrouver les premiers indices. On sait que la folie est une de ces maladies qui peuvent se transmettre par voie de génération ; il n'est pas d'observateur qui n'en cite de nombreux exemples ; suivant Esquirol, la moitié des aliénés comptent dans leur famille des individus atteints de cette maladie. Faut-il admettre chez Rousseau quelque disposition héréditaire ? Corancez, qui avait connu la famille de Rousseau, est porté à le croire : il est certain, dit-il, qu'il avait en naissant le germe de cette maladie, qui, comme toutes les autres, a eu ses périodes, son commencement, son milieu et sa fin.

Un de ses proches parents était atteint d'hallucination ; il était défiant et om-

---

[1] *Æneidos* lib. VI.

brageux comme Rousseau; tous deux, dit-il, charriaient dans leur sang le principe de cette maladie.

Quant à la première apparition des symptômes, on ne saurait l'assigner d'une manière positive; si l'on s'en rapporte à Ginguené, il faudrait estimer au tiers environ de la vie de Rousseau la durée de cette affection; Rousseau, dit-il, soupçonneux dans les vingt dernières années de sa vie, a été pendant les deux autres tiers le plus confiant de tous les hommes. Ginguené trouve aussi, du reste, que la nature avait mis en lui le germe du soupçon et de la méfiance, et qu'il y en a eu toujours assez pour frapper et pour altérer une tête habituellement exaltée [1].

Maintenant, y a-t-il eu chez Rousseau une sorte d'*incubation* et quelle a été la durée de cette incubation? C'est là ce qu'on ne saurait dire; mais ce qu'il y a de certain, c'est que chez lui l'aliénation ne s'est pas déclarée comme il arrive quelquefois, par une soudaine invasion : elle s'est établie graduellement, tantôt ralentie, tantôt précipitée par les événements de sa vie; ajoutons que ces premiers symptômes devaient être d'autant mieux remarqués, qu'ils n'étaient d'abord qu'une simple exagération de ses sentiments constitutifs.

On a dit que les premiers symptômes accusés par Rousseau ont été ceux de l'hypocondrie; on a même prétendu que Rousseau n'a été pendant toute sa vie qu'un hypocondriaque. C'est une erreur; l'hypocondrie ne s'est montrée qu'un moment chez Rousseau et n'a été qu'un épisode dans sa vie; lui-même en a fait le récit dans ses *Confessions*, et d'une manière assez piquante.

C'était dans les premiers temps de sa liaison avec Mme de Warens. Loin de le porter au suicide, les inquiétudes qu'il éprouvait lui inspiraient la crainte de la mort; il était allé à la campagne pour rétablir sa santé, qu'il croyait profondément altérée. « J'étais pâle comme un mort, dit-il, et maigre comme un squelette; mes battements d'artères étaient terribles, et pour m'achever, ayant fait entrer un peu de physiologie dans mes lectures, je me mis à étudier l'anatomie; en passant en revue la multitude des pièces qui composent ma machine, je m'attendais à sentir détraquer tout cela vingt fois le jour. Loin d'être étonné de me trouver mourant, je l'étais que je pusse encore vivre, et je ne lisais pas la description d'une maladie que je ne crusse être la mienne; je suis sûr que si je n'avais pas été malade, je le serais devenu par cette fatale étude; à force de chercher, de réfléchir, de comparer, j'allais m'imaginer que la base de mon mal était un polype au cœur. »

Mais encore quelques années et les choses seront bien différentes, une profonde mélancolie va troubler son existence; Rousseau, hypocondriaque, cherchait sa guérison, il la demandait à tout le monde, il avait même pour cela fait le voyage de Montpellier et consulté le fameux Fizes, une des plus grandes réputations de l'époque, mais fondée, comme elles l'étaient presque toutes alors, sur des opinions aussi fausses que ridicules; il nous suffira, pour en donner une idée, de dire que ce même Fizes, consulté par un hypocondriaque qui lui aussi se plaignait de battements artériels, lui avait répondu que ses battements d'artères *reconnaissaient pour cause un sang épais, sec et acrimonieux, avec trop de tension des filets nerveux*, etc.; et on appelait cela de la science!

Mais je reviens à Rousseau. Son état était bien autrement grave au moment où il écrivait ses *Confessions*; il n'espérait plus de guérison, il n'en cherchait

(1) *Loc. cit.*, 104.

plus; loin de se croire mourant, il se sentait trop de vie : « Maintenant, dit-il, que j'écris ceci, infirme et presque sexagénaire, accablé de douleurs de toute espèce, je me sens pour souffrir plus de vigueur et de vie que je n'en ai eu pour jouir, à la fleur de mon âge, et dans le sein du plus vrai bonheur. »

C'est Corancez qu'il faut particulièrement consulter pour bien apprécier les divers états par lesquels a passé Rousseau dans le cours de sa maladie; Corancez, son compatriote et son ami, l'a vu, pendant les douze dernières années de sa vie; il ne cherche ni à tout excuser, comme Ginguéné, ni à tout exagérer, comme Dussaulx : il raconte ce qu'il a observé avec un sentiment de profonde pitié.

Ce qui dominait chez J.-J. Rousseau, comme chez la plupart des mélancoliques, c'était une défiance outrée et injuste pour ceux qui lui étaient véritablement attachés, défiance portée pour quelques-uns jusqu'à la haine. Dans les premiers temps, il y avait de longs intervalles lucides. Ces égarements de la raison ne revenaient que par accès, comme on l'observe encore chez beaucoup d'aliénés; les uns, en effet, comme le remarque Georget, sont souvent sujets, et même presque continuellement, à des espèces de paroxysmes; les autres accidentellement : paroxysmes qui se reconnaissent à un redoublement dans l'activité des idées et à une agitation excessive. Ajoutons que dans ces circonstances, comme l'a très-bien remarqué M. Falret, la motilité offre les plus singulières variations; de là, une sorte d'état convulsif qui vient se joindre aux autres symptômes; ainsi on observe des colorations rapides et diverses du visage, des mouvements convulsifs dans les lèvres, les joues, les ailes du nez et aussi de bizarres contorsions de la face qui est toute grimacée; le regard surtout, par suite de l'innervation, est fréquemment troublé, égaré, d'une motilité extraordinaire ou d'une fixité effrayante (1).

Or, tout cela se montrait chez J.-J. Rousseau : « Depuis longtemps, dit Corancez, je m'étais aperçu de changements frappants dans sa physionomie, je le voyais souvent dans un état de convulsion qui rendait son visage méconnaissable et l'expression de sa figure réellement effrayante; dans cet état, ses regards semblaient embrasser la totalité de l'espace et voir tout à la fois, mais, dans le fait, ils ne voyaient rien, et dans le même temps l'un de ses bras était agité de mouvements saccadés. Je fis cette remarque, poursuit Corancez, plus de quatre ans avant sa mort; lorsque je le trouvais ainsi à mon arrivée, je m'attendais aux propos les plus extravagants, et jamais je n'ai été trompé dans mon attente. »

Si maintenant nous nous demandons quelle était la nature essentielle de la lésion de l'intelligence chez Rousseau, nous verrons qu'elle consistait, non en une lésion des sens, mais en une lésion du *jugement*. Esquirol, qui appartenait un peu à l'école de Condillac, sans en être un disciple fervent comme son maître Pinel, Esquirol voulait faire dériver tous les désordres de l'intelligence d'une lésion primitive de l'attention. C'était une erreur. Chez Rousseau le jugement seul était altéré, aussi n'était-il sujet à aucune hallucination; il avait des illusions entretenues par de faux jugements, et voilà tout.

Mais de cette lésion essentielle du jugement résultaient les raisonnements les plus étranges et les actes les plus extravagants, de telle sorte cependant que ces actions semblaient parfaitement motivées. Sa sagacité, dit Corancez, si on peut se servir de cette expression, était telle qu'elle lui fournissait des argu-

(1) Falret, *Des maladies mentales*, p. 292. Paris, 1864.

ments réellement capables de lui en imposer à lui-même ; il partait toujours d'un principe faux, mais les conséquences qu'il en tirait étaient toutes dans les règles de la plus saine logique, de sorte qu'on était tout étonné de le trouver, sur le même fait, si sage ensemble et si fou.

Pour en citer un exemple, je pourrais rappeler comment il a cherché à justifier un des actes les plus insensés, je devrais dire les plus coupables de sa vie : l'abandon de ses cinq enfants ; il va en effet nous prouver que rien n'était plus sage et plus louable ; il met successivement ses cinq enfants à l'hôpital, ou plutôt aux Enfants trouvés, et il appelle cela *les livrer à l'éducation publique*. En les destinant, ajoute-t-il, à devenir ainsi ouvriers et paysans, je crois avoir fait un acte de citoyen et de père. Je me regardai comme un membre de la république de Platon... Cet arrangement me parut si bon, ajoute-t-il, si sensé, si légitime, que si je ne m'en vantai pas publiquement, ce fut uniquement par égard pour la mère ([1]).

Ainsi, Rousseau ne s'en tenait pas seulement à ces conceptions extravagantes, les actes les plus insensés en étaient la conséquence et devenaient de plus en plus fréquents. Son retour d'Angleterre avait été une fuite précipitée, pleine de terreur ; on sait qu'à Paris il se croyait poursuivi par une ligue, dans laquelle il avait fait entrer, par un bizarre assemblage, le duc de Choiseul, le docteur Tronchin, Grimm et d'Alembert ; vers 1772, sa mélancolie avait déjà singulièrement augmenté, ses accès devenaient plus fréquents, son humeur plus sombre.

J'ai dit tout à l'heure que les symptômes revenaient par accès ; ils lui laissaient en effet des intervalles parfaitement lucides quelquefois, mais, comme il arrive encore à tant d'aliénés, il avait conscience de ses égarements et il les déplorait.

Hélas ! s'écrie Ginguéné, il la sentait quelquefois lui-même, cette altération cruelle ; à peine échappé aux rudes épreuves qu'il avait subies en Angleterre, il écrivait à M. d'Ivernois : « Je commence à craindre, après tant de malheurs réels, d'en voir quelquefois d'imaginaires qui peuvent agir sur mon cerveau ; ce que je sais bien cependant, c'est que quelque altération qui survienne à ma tête, mon cœur restera toujours le même. » Il convenait même dans ses bons moments que cette fuite d'Angleterre avait été un accès de folie, et comme il croyait alors à l'attachement sincère de Thérèse, il ajoutait en la montrant : « Croiriez-vous que j'allais jusqu'à soupçonner cette digne femme d'être du complot et de s'entendre avec mes ennemis ! »

Nous pourrions entrer ici dans beaucoup plus de détails pour montrer que Rousseau, dans les dernières années de sa vie, a été tourmenté par les symptômes les plus caractéristiques de l'affection désignée sous le nom de *mélancolie*, et plus exactement de *lypémanie*, affection dans laquelle dominent les passions morales les plus tristes et les plus pénibles, telles que l'ennui, le chagrin, l'inquiétude, la crainte et la frayeur.

Il était assiégé par une foule d'idées, toutes imaginaires ; il se croyait trahi par ses meilleurs amis, entouré d'agents payés pour le surveiller : telle était la vie de Rousseau. Il se croyait persécuté et c'est là le symptôme le plus constant de la lypémanie ; mais indépendamment du complot formé contre lui, outre cette ligue en permanence pour le persécuter, il se croyait l'objet de la haine publique, et c'était là surtout ce qui empoisonnait ses jours.

([1]) *Confessions*, liv. VIII.

En 1774, la maladie de Rousseau s'était aggravée, et cette persuasion qu'il était l'objet de la haine publique en était le caractère principal ; elle était portée à ce point que, lorsqu'il apprit la mort de Louis XV, il en éprouva un vif chagrin. On en était d'autant plus étonné que cet événement n'avait excité aucun regret en France. « Mais ne voyez-vous pas, s'écriait-il, que la haine publique qui se partageait entre ce prince et moi va maintenant se tourner tout entière contre moi et m'accabler seul de tout son poids ! » De 1774 à 1778, les paroxysmes devinrent plus fréquents. Bernardin de Saint-Pierre, étant allé le voir, comme de coutume, l'avait trouvé dans un noir accès et en avait été très-mal reçu ; quelques jours après, Rousseau lui en avait témoigné ses regrets : « Que voulez-vous, lui dit-il, il y a des jours où je veux être seul ! — Que ne mettez-vous alors, répondit Bernardin de Saint-Pierre, un signal à votre fenêtre, comme vous voulez en mettre un avec vos amis sur les bords du lac de Genève (1) ? »

Je ne reproduirai pas ici toutes les bizarreries, toutes les extravagances qui ont marqué les dernières années de la vie de J.-J. Rousseau, on les trouve dans toutes les biographies ; je dirai seulement qu'il était profondément malheureux. On sait qu'il en vint jusqu'à essayer de déposer sur le maître-autel de Notre-Dame une sorte d'appel contre l'oppression qu'il voyait partout dirigée contre lui, et que dans des billets qu'il distribuait lui-même sur la voie publique, il sollicitait de la pitié des passants *l'aumône d'un peu d'affection et de justice.*

Corancez, qui ne voulait pas abandonner cet infortuné, le visitait le plus souvent qu'il le pouvait dans les dernières années ; mais vers le commencement de 1778, son commerce était devenu plus difficile que jamais. La maladie de Rousseau, dit-il, était arrivée à sa dernière période ; il travaillait moins, ses ressources étaient devenues très-précaires. L'engouement n'avait cependant pas diminué pour sa personne, c'était toujours à qui le visiterait et surtout à qui le posséderait, à qui l'apprivoiserait, comme on disait alors. Les grands seigneurs se le disputaient. Corancez, confident de ses peines et de ses embarras domestiques, lui avait offert une retraite dans le charmant village de Sceaux, un petit logement qu'il tenait lui-même à loyer. A ce moment, Rousseau était dans un état déplorable ; devenu plus soupçonneux et plus défiant que jamais, il ne pouvait plus supporter d'autre compagnie que celle de Thérèse, qui de son côté s'attachait à augmenter cet isolement en écartant ses meilleurs amis, ceux qui lui étaient véritablement dévoués. Il se disait donc seul dans l'univers, ou plutôt au milieu de ses nombreux ennemis toujours occupés de sa perte (2). C'était au milieu du mois de mai 1778 ; Rousseau hésitait à accepter l'offre de Corancez, disant qu'il irait cependant assez volontiers, attendu que le sol de Sceaux, propre à la végétation, lui offrirait peut-être de belles herborisations.

C'est sur ces entrefaites que le marquis de Girardin fut introduit près de Rousseau par le docteur Le Bègue de Presle. Le marquis René-Louis de Girardin était vicomte d'Ermenonville, mestre de camp de dragons, chevalier de l'ordre royal et militaire de Saint-Louis ; il vint lui offrir une habitation agreste, disait-il, et qui serait tout à fait de son goût dans sa propriété d'Ermenonville. Cette proposition sourit bien plus à Thérèse que le logement de Sceaux ; elle joignit donc ses instances à celles du marquis et à celles de Le Bègue

(1) Bernardin de Saint-Pierre, *Essai sur J.-J. Rousseau.*
(2) Corancez, p. 49.

de Presle. Rousseau consentit enfin à faire le voyage le 20 mai, mais uniquement pour voir les lieux ; on peut dire qu'il fut littéralement enlevé. Ce n'était pas sans regret que Rousseau quittait Paris, lui qui était toujours saisi d'une crainte mortelle, celle qu'on ne voulût s'emparer de sa personne.

Le Bègue de Presle avoue lui-même que Rousseau ne consentit au voyage d'Ermenonville que pour visiter les lieux. Il n'avait donc commencé aucun déménagement; meubles, livres, papiers, il avait tout laissé à Paris, mais on lui persuada que Thérèse, restée sur les lieux, ferait beaucoup mieux que lui. Thérèse, de son côté, entrant dans les vues du marquis, avait caché le voyage de Rousseau à tous ses amis; les meubles furent en partie vendus, et le reste transporté par elle quelques jours après. On s'était tellement hâté, que l'habitation dite agreste n'était pas même préparée, et qu'on dut loger Rousseau au second étage d'un pavillon attenant au château, et c'est là qu'il mourut six semaines plus tard. Cet enlèvement, du reste, ne dut pas offrir de grandes difficultés ; Rousseau, dit Corancez, en apparence si difficile, était dans des mains étrangères comme un enfant timide à l'excès, il ne savait pas répondre aux objections qu'on lui faisait, il obéissait (1); mais le lendemain arrivaient les réflexions et cette idée fixe de quelque conspiration ourdie contre lui; or, le lendemain, nous y voici. Voilà Rousseau à Ermenonville, le voilà, lui si ombrageux, sous la dépendance d'un grand seigneur ; Thérèse est au comble de ses vœux, Le Bègue de Presle est tout fier d'avoir réussi, le marquis est tout glorieux de l'avoir emporté sur tant d'autres ; mais Rousseau, que va-t-il devenir, que va-t-il faire, que va-t-il penser, quel cours vont prendre ses sentiments ? Si l'on en croit le marquis de Girardin, ce fut un enchantement perpétuel pour Rousseau, un ravissement dont rien ne pouvait donner l'idée.

Mais laissons parler ce bon marquis : « Il voulait faire arranger *sur-le-champ* le petit logement sous *un toit de chaume,* » disait-il, habitation qui devait être entièrement disposée suivant la description de l'*Elysée de Clarens ;* mais le fait est qu'on n'en prit aucun souci. « Sitôt que je le vis arriver, dit le marquis, je courus à lui : *Ah ! monsieur,* s'écria-t-il, eu se jetant à mon col, *il y a longtemps que mon cœur me faisait désirer de venir ici, mes yeux me font désirer actuellement d'y rester toute ma vie.* Puis arrive madame la marquise, et alors nouvelles exclamations : *Ah ! madame,* s'écrie semblablement Rousseau, *que pourrai-je vous dire, vous voyez mes larmes !* » Puis vient le récit des journées de Rousseau : comment, aussitôt que les petits oiseaux, qu'il attirait sur sa fenêtre avec un soin paternel, venaient y saluer la naissance du jour, il se levait pour aller faire sa prière au lever du soleil, spectacle solennel, etc. (réminiscence du *Vicaire savoyard*), puis comment il allait herboriser, puis comment il venait déjeuner avec sa femme.

(*La suite au prochain numéro.*)

Par décret en date du 9 mai, M. le docteur Burgkly, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Par décret rendu à Auxerre le 6 mai 1866, sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. Mariglier, maire de Noyers (Yonne), 35 ans de services municipaux, membre du conseil d'arrondissement de Tonnerre, ancien chirurgien

(1) *Op. cit.*, p. 54.

militaire; fait prisonnier à la retraite de Russie, a été nommé au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Par décret en date du 12 mai, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. Bergerun, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, à Paris, a été nommé officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur : chevalier depuis 1851.

Par divers arrêtés ministériels :

La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude et diplôme) est accordée aux étudiants ci-après dénommés, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra :

Services rendus à l'Ile Saint-Denis (Seine). — M. Le Roy des Barres, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus à Alger. — M. Stéphann, étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier.

Services rendus à Oisseau (Mayenne). — M. Divet, étudiant de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le présent arrêté aura son effet : pour M. Stéphann, à partir du 1er janvier 1866; pour M. Divet, à partir du 1er avril 1866.

La mort de M. Parchappe a amené dans le personnel des asiles d'aliénés un mouvement assez considérable.

Sont nommés : M. Achille Foville, directeur médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne, médecin-adjoint de la maison impériale de Charenton, en remplacement de M. Rousselin, nommé inspecteur général de 2e classe. — M. Arnozau, directeur médecin de l'asile de Breuty, près Angoulême, directeur médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne. — M. Binet, directeur médecin de l'asile de Napoléon-Vendée, directeur médecin de l'asile de Breuty, près Angoulême. — M. Guérineau, médecin en chef de l'asile d'Auch, directeur médecin de l'asile de Napoléon-Vendée. — M. Viret, directeur médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariége), directeur médecin de l'asile d'Auch. — M. Busquet, directeur en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), directeur médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariége). — M. Cortyl, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon (Rouen), médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde).

La Société médicale d'observation a constitué son bureau, pour l'année 1866-67, de la façon suivante :

Président,	MM. Béhier;
Vice-président,	Topinard;
Secrétaire général,	Bricheteau;
Secrétaire annuel,	Cornil;
Secrétaire trésorier,	Pelvet;
Archiviste,	Pierreson.

Le concours pour deux places de médecin du bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Isambert et Dumont-Pallier.

La Société de médecine de Versailles vient de créer un prix de 200 francs, à décerner en octobre 1867. La question à traiter est la suivante :

« Du service médical des pauvres, en France, tant à la ville qu'à la campagne, et de la façon dont il devrait être établi pour répondre à la fois aux nécessités des malades indigents et aux exigences légitimes des médecins. »

Les mémoires devront être écrits en français et envoyés, avant le 1er août 1867, à M. le docteur Le Duc, secrétaire général, rue Neuve, n° 11, à Versailles.

C'est par erreur que nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, la mort du docteur Petit, de Château-Thierry. Cet honoré confrère continue à diriger avec zèle et habileté l'établissement hydrothérapique de Château-Thierry. C'est du docteur Jolly, de la même ville, que nous avons à déplorer la perte.

Pour les articles non signés. F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Introduction à l'étude du traitement des maladies du cœur. Considérations sur le pouls.

Par M. le docteur FERRAND, ancien interne lauréat des hôpitaux.

I. — Les nouvelles méthodes d'investigation que préconise la science moderne, et les nouveaux instruments que l'observation met en œuvre, nous ont révélé sans doute bien des faits qui avaient échappé jusque-là à une recherche moins minutieuse, à une moins précise analyse.

Mais loin de tout renverser pour tout remplacer ensuite, méthodes et instruments, bien souvent, n'ont fait que confirmer avec éclat des données que nos prédécesseurs avaient su déjà pressentir, et qu'avec un tact qui nous surpasse ils avaient appréciées, bien avant de les pouvoir mesurer, comme on le fait aujourd'hui.

Tel doit être, en effet, le double caractère des études modernes ; elles doivent, par une érudition de bon aloi, utiliser les données anciennes, sans oublier que le progrès aujourd'hui ne marche qu'avec l'expérimentation ou l'observation et l'analyse.

« Nous tiendrons compte dans une égale mesure, et des leçons immuables de l'antiquité et des progrès réels de notre époque, et nous montrerons ainsi que la science médicale contemporaine ne constitue qu'une période dans l'évolution générale de la médecine, et que ces deux phases distinctes d'une même histoire, la phase antique et la phase moderne, bien loin d'être incompatibles, doivent de toute nécessité se compléter l'une et l'autre, se prêter un mutuel et constant appui... » (Jaccoud.)

Cette phrase, prise dans la préface d'une de nos modernes encyclopédies médicales, nous semble caractériser justement le rôle qui appartient à notre époque ; car, quelque idée que l'on ait des études des anciens et des recherches des modernes, on ne saurait nier que, parmi les tendances actuelles, les plus sages comme les plus scientifiques sont celles qui, arborant le drapeau d'une rationnelle conciliation, prennent pour but de vérifier les unes par les autres.

Ce sera certainement l'ambition des parrains du sphygmographe de réaliser ce programme pour ce qui leur appartient ; de montrer l'accord des assertions anciennes avec les tracés sphygmiques, et quelle puissante confirmation ceux-ci apportent à celles-là.

En attendant les merveilles que pourra produire cette féconde

association, cette régénération de l'idée ancienne par l'expérience moderne, nous voulons seulement indiquer, à propos d'un sujet donné, les bases de cette alliance, mettre en saillie quelques points déjà déterminés et poser les jalons qui tracent la route à parcourir; mais nous ne saurions oublier que le sphygmographe est un instrument physique qui, comme tous les autres, ne peut nous donner que les résultats physiques des phénomènes, sans nous initier aucunement à leur mécanisme. C'est au clinicien à apprécier ce dernier.

Tels qu'ils sont, cependant, les résultats fournis par cet instrument ne sauraient être dédaignés; leur précision est précieuse, et l'étude d'un tracé sphygmique est féconde en déductions que la clinique ne peut pas négliger.

II. — Deux mots d'abord sur l'homme dont le nom est demeuré attaché par la renommée à l'étude du pouls :

Bordeu, à l'esprit duquel une forte tendance à la catégorisation scientifique n'avait rien enlevé de son étendue et de sa largeur, Bordeu se plaignait, de son temps, des exagérations auxquelles avait conduit la découverte de la circulation du sang.

Etait-ce chez lui esprit de système? Etait-ce réaction d'une intelligence qui, mécontente des insuffisances de la théorie physique, se voue de dépit aux élucubrations des doctrines? — Nullement. — Il le dit très-nettement dans son premier volume (2e édit.) : « Ces exagérations ont amené pour le système circulatoire une sorte de prééminence qui lui fait absorber toutes les fonctions et toutes les maladies; et cependant il y a dans l'organisme d'autres éléments qui vivent et souffrent, et cela sans vaisseaux. »

Bordeu devançait d'un siècle l'éclosion de la pathologie cellulaire, la véritable application de l'analyse à la médecine, le dernier mot de la méthode. Le grand homme indiquait l'écueil auquel s'est heurtée l'école physiologique, sans méconnaître toutefois les heureux résultats que devait produire cette école. A Dieu ne plaise que plus que lui nous les méconnaissions, nous qui voyons, aujourd'hui encore, les études sur les thromboses vasculaires et la sphygmographie découler tout naturellement de ce fait capital.

Il serait donc faux de voir dans Bordeu l'homme du *pouls quand même;* il a sans doute ses exagérations, ses erreurs; mais, je ne crains pas de le dire, Bordeu mieux connu serait mieux apprécié. Il est facile de s'assurer qu'il restreint souvent la valeur des indications qu'il vient d'attribuer aux caractères du pouls. Il y a plus : il ajoute qu'il ne reconnaît que peu de valeur à ces variations de

plus ou de moins, d'une appréciation délicate, exigeant une comparaison dont une vieille expérience peut seule dispenser. Enfin, s'il a passé les bornes, dans la séméiotique des localisations morbides par le pouls, la sphygmique moderne n'est pas sans restaurer et confirmer plusieurs de ses assertions à ce sujet ; et en leur apportant un appui expérimental, une démonstration graphique, et, disons-le, une explication rationnelle, elle nous montre clairement une part de ce que Bordeu avait cru entrevoir.

III. — Rappelons d'abord la condition physiologique du pouls :

De toute antiquité, on a reconnu deux éléments distincts dans les conditions productrices du pouls. Il y a celui qui ressortit au cœur et celui qui ressortit aux vaisseaux. Hérophile, exagérant le premier, attribue le pouls exclusivement à l'organe cardiaque ; et naguère, Laënnec, au contraire, voyait surtout en lui l'effet de la réaction des artères.

La physiologie, condamnant dans ces deux opinions ce qu'elles ont d'exclusif, reconnaît au cœur et aux artères un rôle spécial dans la production d'une pulsation.

Du côté du cœur, on peut le résumer ainsi : pas de pulsation sans systole cardiaque, et probablement aussi, pas de systole cardiaque sans pulsation, si ce n'est peut-être dans l'état de syncope. Il suit de là tout naturellement que la fréquence et le rhythme du pouls dépendent absolument, ou tout au moins principalement, du cœur, et que les altérations de l'une et de l'autre devront être rapportées, comme à leur cause immédiate, aux altérations organiques ou dynamiques de l'organe cardiaque.

A cette cause doivent se rattacher encore les irrégularités du pouls, soit qu'elles consistent dans l'inégalité des espaces qui séparent les pulsations, soit qu'elles consistent dans la force différente des pulsations comparées entre elles.

Ce sont là, dit Bordeu, des caractères d'autant plus précieux, que l'on peut facilement en saisir la portée, par cette seule comparaison des pulsations entre elles ; tandis que les autres caractères se basent sur des variations du plus au moins, qu'on ne peut apprécier qu'en les comparant à un type, type virtuel, qui doit exister dans l'esprit, et ne s'acquiert que par l'expérience.

Ces autres qualités du pouls, moins faciles à constater sans doute, à apprécier surtout, ont cependant une haute importance. Elles sont plutôt le fait de l'action des vaisseaux, et la condition qui les domine, c'est la tension artérielle. Cette tension, on le sait, répond elle-même à des conditions multiples et variées, telles que

les pressions extérieures, la pesanteur, la contraction musculaire, la respiration dans ses deux temps, l'effort, l'élasticité et la contractilité des artères; et enfin, la circulation capillaire.

Ce serait cependant une erreur de croire que la tension artérielle détermine seulement les caractères relatifs du pouls et qu'elle n'influe pas sur son rhythme et sa fréquence; il y a longtemps que Hales a prouvé expérimentalement que la fréquence du pouls est en raison inverse de la tension artérielle. Le problème est donc complexe et ne peut se décomposer d'une façon absolue, en dehors de son application à un cas particulier.

Malgré cela, on peut dire que, en général, c'est l'action du cœur qui détermine surtout le rhythme et la fréquence du pouls, et c'est la tension artérielle qui lui donne ses autres qualités.

Le sphygmographe est venu confirmer cette distinction et en préciser les caractères. Il montre par la comparaison des divers tracés, que, si le cœur contribue pour sa part à déterminer le taux de la tension vasculaire, c'est le système artériel et surtout le système capillaire qui, à cet égard, ont la plus saillante influence; c'est à une de leurs propriétés, c'est à l'élasticité artérielle qu'est due la transformation de l'ondée intermittente chassée du cœur en un écoulement continu; et c'est la perméabilité des capillaires qui, en mesurant la facilité de cet écoulement, détermine le mieux le taux de la tension artérielle. On conçoit par cela facilement comment et combien ils doivent influer sur la production et les caractères du pouls.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la nature du liquide en circulation qui ne doive être prise en sérieuse considération, comme apportant au même phénomène un élément de plus qu'on ne saurait dédaigner.

Je n'ai voulu que rappeler les termes d'un problème aussi vaste. Il me semble qu'en pratique les conditions générales qui doivent résumer toutes les autres se réduisent à celles-ci : *rôle de la tension cardiaque* et *rôle de la tension artérielle ;* et toutes les variétés de pouls qu'étudie la sphygmique se rapportent naturellement aux diverses combinaisons que peuvent produire entre eux ces deux éléments, dans toutes leurs variations qualitatives et quantitatives.

IV. — Si l'on cherche alors à rapprocher les caractères du pouls manifestés par le tracé sphygmique, des appréciations des anciens, et de Bordeu en particulier, il est facile de se convaincre que les éléments de ces appréciations correspondent exactement à des notions que manifestent clairement les diverses parties du tracé, auxquelles

le langage, si délié qu'il fût, n'eût jamais pu donner une expression aussi fidèle, auxquelles même la sensation tactile a pu souvent attribuer une interprétation complétement fausse. C'est ainsi que le pouls de la faible tension, à cause du développement qu'il présente, a longtemps et à tort été pris pour un pouls fort; et que le pouls de la forte tension, à cause de son peu de développement, a été pris à son tour pour un pouls faible; ce qui n'est rien moins qu'exact.

Dans un mémoire récent (publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* de 1865), je résumais ainsi qu'il suit cette comparaison entre l'expression du tracé sphygmique et les qualifications données au pouls par les anciens observateurs :

Le pouls de la faible tension est le pouls rapide (ligne d'ascension verticale), le pouls développé (amplitude du tracé), le pouls saillant (plateau plus ou moins réduit d'étendue), le pouls mou (abaissement rapide de la ligne de descente), le pouls ondulant (ligne de descente inégale), quelquefois même le pouls dicrote (on sait combien le dicrotisme est nettement accusé dans la ligne de descente du tracé sphygmique, si bien qu'on en retrouve souvent la trace dans l'état physiologique).

Au contraire, le pouls de la forte tension est lent (ligne d'ascension oblique); il est peu développé, concentré même (défaut d'amplitude du tracé); il n'est pas saillant, mais tendu (plateau plus ou moins étendu et de forme légèrement convexe); il est résistant et garde sa plénitude pendant la systole artérielle (ligne de descente uniforme, sans ondulations, d'une obliquité qui se rapproche de l'horizontale, et quelquefois même légèrement convexe).

On peut ainsi rattacher à chacune des nuances que présentent les divers éléments du tracé, toutes les expressions employées par nos ancêtres au sujet du pouls, et jusqu'à un certain point justifier le luxe des qualifications qu'ils réunissaient pour le caractériser.

V. — Ceci posé sur les conditions physiologiques du pouls, venons à la pathologie :

Dans tous nos livres modernes de séméiotique, la question du pouls est traitée d'une façon qui déroute quelque peu la présomption des novices, et qui rebute la patience d'une étude complète et rationnelle. On y sent d'ailleurs, en général, que l'auteur n'a que peu de foi en ses propres assertions, qu'il emprunte le plus souvent assez gratuitement, sans contrôle, pillant les plus flagrantes des affirmations des Solano (de Lucques), des Nihell, des Bordeu, etc.;

et ce vice de fonds se manifeste au dehors par la confusion, dont on ne cherche même pas à se défendre en pareille matière.

Cette insuffisance de la sphygmique ne saurait cependant nous faire accepter sans examen les affirmations des anciens. Ceux-ci, d'ailleurs, avaient du pouls une idée que nous ne saurions partager aujourd'hui. Le pouls avait à leurs yeux une valeur concrète, dont ils tiraient directement les indications diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques, sans pouvoir s'en rendre un compte rationnel. Aujourd'hui, l'analyse des divers éléments de la pulsation nous a appris à distinguer la valeur de ses divers caractères, à en restreindre la signification aux conditions auxquelles ils sont liés bien plus directement.

Il est temps de faire pour le pouls ce qu'on a fait déjà pour quelques autres points de la séméiotique ; ce qu'on fera pour tous, cela est certain.

Tout sujet de séméiologie, pour être complétement traité, demande à être envisagé sous deux points de vue : on examine d'abord le signe en lui-même, dans son mode de production, son mécanisme, ses variations, ses formes, sa marche, son diagnostic, ses indications pronostiques et thérapeutiques.

Or, cette étude, aussi fatigante qu'elle est stérile quand on reste dans une aussi primitive analyse, peut devenir riche de vues ingénieuses et de faits pratiques, si, partant d'un autre point de vue, on étudie encore ces mêmes données, non plus une à une et en elles-mêmes, mais dans les associations naturelles où les maladies nous les montrent combinées le plus souvent. C'est encore de la séméiotique générale, mais qui sort de l'analyse sèche et abstraite, pour entrer dans le réel et le concret et présenter une idée complète à l'esprit plus satisfait, parce qu'il vérifie sa connaissance par l'application. Sans doute, cette dernière façon d'envisager un signe morbide serait impossible si elle n'avait été précédée de la première ; mais celle-ci, de même prise à part, est imparfaite et insuffisante à tous égards.

VI. — Le pouls dans ses rapports avec les localisations morbides : tel est naturellement le premier chapitre que comporte ce programme.

Nous ne suivrons pas Bordeu dans la recherche des relations plus ou moins problématiques qu'il croit exister entre les maladies de chaque viscère ou organe et un mode spécial du pouls. Ce sont là des exagérations, sans doute ; mais elles partent de données

générales réelles, qui ressortent admirablement des assertions particulières du patient observateur.

Bordeu considère l'organisme comme divisé en deux sections par le diaphragme. — Partant de là, il distingue un pouls supérieur, pouls des organes sus-diaphragmatiques; il est le plus souvent dicrote. Celui des organes inférieurs a une autre caractéristique, il est irrégulier.

Il paraît bien probable que c'est dans une simple vue de son esprit que Bordeu a puisé cette distinction, quoiqu'il cherche à l'appuyer de plusieurs considérations anatomiques sans valeur; car les faits sont le plus souvent en contradiction avec sa théorie, le pouls supérieur, celui des affections thoraciques, pouvant très-bien être irrégulier, et celui des maladies à détermination abdominale étant souvent dicrote, comme la fièvre typhoïde en offre un si fréquent exemple.

Nous ne suivrons pas plus Bordeu dans les relations qu'il affirme entre certaines formes prétendues spéciales du pouls et les affections de chaque viscère en particulier.

Je ne saurais cependant me défendre de citer en passant le pouls qu'il appelle *stomacal* ou *du vomissement*. Ce pouls est bien celui que la physiologie moderne, que la sphygmographie ont attribué à cet état anormal, c'est-à-dire un pouls assez égal, mais fort peu développé, et équivalant soit à une faible systole cardiaque, soit à une forte tension artérielle. Hunter aussi avait assigné aux affections gastriques un pouls petit, rapide et concentré; mais en attribuant ces caractères à la vivacité des sympathies de ces organes.

Il est remarquable d'ailleurs que, sous les localisations anatomiques que Bordeu s'est efforcé de distinguer, se montre le plus souvent le rôle de la fonction de l'organe en question; son pouls stomacal est celui du vomissement; son pouls intestinal, celui des diacrises de ce conduit; son pouls de la matrice, celui des règles; son pouls nasal, celui de l'épistaxis ou de l'hémorragie, et il le rapproche du pouls hémorrhoïdaire. La donnée physiologique l'emporte même complétement pour le pouls de la sueur, qu'il place, on ne sait trop pourquoi, parmi les pouls inférieurs.

Sans doute, nous pensons avec l'école moderne que ce n'est pas encore faire assez, et qu'à côté et au-dessus de cette influence du siége et de la fonction règne l'influence de la forme morbide. Nous y arriverons.

Des données plus générales ressortent des recherches de Bordeu

et sont aussi le fruit de l'expérience de ceux qui l'ont suivi dans cette étude, des Hunter et autres ; ce sont les suivantes :

On a noté certaines différences entre le pouls des affections membraneuses et celui des affections parenchymateuses ; le premier serait plus saillant, plus rapide, moins tendu ; le deuxième, dur et plein, indiquant une forte tension vasculaire. Ce qui vient encore confirmer cette distinction, c'est l'exagération de cette dureté dans les cas où le parenchyme intéressé est un parenchyme vasculaire. Cette condition tend à augmenter encore plus la tension du sang dans les vaisseaux, en opposant à son cours un obstacle plus considérable.

Enfin, achevons ce chapitre des relations du pouls avec les localisations morbides, en rappelant que Hunter encore a attribué à l'inflammation des parties communes (peau, tissu cellulaire, muscles) un pouls plein et fort ; à l'inflammation des cartilages, des tendons et des os, parties douées d'une moindre irritabilité, un pouls moins plein et plus rapide ; enfin, à l'inflammation des parties vitales de second ordre, un pouls mou et lent.

Serrurier (*in Dict. des Sc. méd.*) a rattaché aux influences de siége les variations du pouls dans les maladies selon les différents âges. L'enfance est malade du cerveau, la puberté du thorax, la maturité du ventre, la vieillesse du ventre et de la tête. Suivant lui, l'âge n'agit sur le pouls qu'en modifiant le siége de la maladie et produisant le pouls qui lui correspond.

Hunter a étudié encore tout spécialement les relations du pouls avec l'état du sang ; mais elles n'offrent rien de précis et d'absolu. Un sang couenneux marche d'habitude avec un pouls rapide, dur et vibrant. — C'est le pouls de la tension vasculaire. Il y a d'ailleurs à tous ces derniers faits de nombreuses exceptions.

VII. — A défaut de résultat bien net indiquant une relation entre la forme du pouls et les localisations morbides sur tel ou tel organe, passons à celles qu'il peut y avoir entre les formes morbides et le pouls.

Qui dit forme morbide, dit une de ces physionomies générales qui, communes à beaucoup de maladies différentes, paraissent tenir à l'état du support, tout autant au moins qu'à la cause de la maladie, et par suite mesurent la quantité et la qualité de la réaction dont le sujet est capable, témoignent de son excès tout aussi bien que de son défaut et de ses perversions.

Le pouls présente des relations remarquables avec un semblable état, et c'est par là qu'il mérite l'importance qu'on a de tout temps

attachée à son exploration, et à l'appréciation délicate et précise de tous ses caractères.

Il faut rattacher à ce chapitre les variations qu'éprouve le pouls en rapport avec les diverses phases d'une même maladie; et cette étude, non moins importante au point de vue pratique qu'au point de vue de la science, va m'occuper tout d'abord.

Dans l'état de fièvre, dans l'inflammation et dans la plupart des maladies aiguës, la majorité des auteurs, et Bordeu le premier, ont admis que le pouls varie suivant la période de l'affection. Le plus grand nombre s'accorde à décrire ainsi trois périodes différentes dans lesquelles le pouls passe aussi par trois états bien distincts :

C'est d'abord la période d'irritation, que Bordeu dit consister en un ébranlement général avec concentration des forces.

La seconde, la période de coction, est celle de la préparation des humeurs et du développement de la lésion locale.

La troisième comprend la disposition de la crise et la détermination des évacuations critiques.

Quelque idée que l'on garde au sujet de la distinction de ces différentes périodes de la maladie, on ne saurait nier que les formes du pouls qui y correspondent sont bien réellement distinctes et faciles à constater. Elles le seraient plus encore si l'étude de caractères plus tangibles ne nous avait rendus tout d'abord plus paresseux (sinon plus inhabiles) à chercher la signification d'un phénomène plus délicat.

La distinction du pouls, selon les trois périodes susindiquées, n'a pas été prouvée bonne par des relevés numériques, que je sache; mais vu la difficulté d'une telle étude, il faut s'en rapporter à l'opinion, d'ailleurs presque unanime, des praticiens sur ce sujet.

Voici ce qu'en pense Bordeu : A la période d'irritation, dite encore *d'augment* ou *de crudité*, correspond un pouls vif, serré, dur, sec, convulsif, non critique.

A la période de coction ou d'état, on trouve un pouls développé, plein, fort et libre.

A la période de crise, le pouls devient encore plus dilaté, saillant, plein, fréquent, et souvent inégal (Bordeu).

Une telle distinction avait été considérée comme subtile et à peu près condamnée par la critique moderne ; mais la sphygmographie la restaure en lui donnant une éclatante confirmation. Il suffira, pour s'en convaincre, de prendre, dans le livre de Marey, les caractères du pouls de la fièvre mis en regard de ceux de l'algidité, et la

comparaison de ces deux états opposés. La prétendue période d'irritation de Bordeu me paraît devoir rentrer au moins dans une des variétés de ce que Marey nomme, un peu confusément peut-être, l'algidité.

Pour Bordeu, la période d'irritation est, en un seul mot, celle de la concentration des forces ; selon Marey, l'algidité est caractérisée par la contraction des vaisseaux périphériques et par suite par une forte tension vasculaire. Le pouls de l'irritation est, selon Bordeu, vif, serré, dur et convulsif ; le pouls de l'algidité est, selon Marey, peu développé, faible et lent, c'est-à-dire peu fréquent. S'il n'y a pas parité parfaite entre les deux auteurs, il n'y a du moins rien qui implique contradiction, au contraire.

Il en est de même de la fièvre mise en regard de la période de coction. Dans la fièvre, dit Marey, il y a relâchement des vaisseaux de la périphérie, d'où diminution de la tension vasculaire, et il rattache à ce fait les caractères du pouls et son développement en particulier; c'est ce même caractère de force et de développement que Bordeu attribue à la période de coction.

De l'aveu même de Marey, il est à cette règle des exceptions. — Ainsi, il est des fièvres, les fièvres éruptives en particulier, dans lesquelles, la tension vasculaire gardant un taux assez élevé, le pouls conserve néanmoins son caractère de force fébrile ; ce qu'il explique par l'accroissement de l'action cardiaque dans ces maladies ; d'où il suit que la tension vasculaire, tout en gardant son taux primitif ou même quelque peu accrue, paraît diminuée relativement à l'action cardiaque. La même exception naît en face de l'algidité, dans laquelle l'accroissement de tension vasculaire pourrait de même quelquefois n'être que purement relative à une action cardiaque primitivement affaiblie.

Ceci nous conduit encore à absoudre Bordeu, et avec lui la médecine ancienne, d'une accusation dont une physiologie bien entendue nous semble l'acquitter : il s'agit de l'oppression des forces. C'est un état dans lequel la tension vasculaire est élevée à un taux considérable par le spasme général des vaisseaux de la périphérie; d'où la prédominance excessive de la tension vasculaire sur l'action cardiaque.

La saignée, en diminuant la tension vasculaire, va rendre à l'impulsion cardiaque son libre jeu, et au pouls ses caractères normaux ; ajoutons encore qu'elle prévient par là même les congestions viscérales.

Les médecins du siècle dernier n'avaient certainement pas du

fait en lui-même une vue aussi précise, mais ils n'en disaient guère autre chose.

Quant au pouls des crises, on aurait tort de nier qu'il se rapporte à quelque tracé sphygmique réel.

Remarquons ici que, si le pouls critique est le seul dont Bordeu ait multiplié les distinctions selon les diverses localisations morbides, cela tient à la doctrine générale de l'auteur, la doctrine hippocratique, qui consiste à considérer la détermination morbide locale comme un effort critique, tendant à l'élimination du principe morbifique ; aussi, bien qu'il n'en désespère pas, Bordeu avoue l'impossibilité où il est de déterminer de même un pouls d'irritation différent selon chaque organe.

Nous noterons seulement, à cause de sa fréquence à ce troisième stade des maladies, le pouls de la sueur, que Bordeu décrit comme plein, souple, ondulant, fort et incident, ou dont la force augmente par alternatives dont chacune comprend quatre ou cinq pulsations. A part ce dernier détail, ce pouls est bien celui que l'exploration physique attribue au sujet chez lequel une évacuation rapide fait diminuer brusquement la tension vasculaire.

Je passe rapidement sur quelques formes morbides qui sont, le plus souvent du moins, les effets de l'inflammation.

Il est parfaitement admis par nos classiques que la suppuration entraîne un pouls fréquent, souple, développé, un peu tendu ; que la gangrène rend le pouls petit, dépressible (Hardy et Béhier). Le sphygmographe viendra certainement confirmer et expliquer ces données que la tradition et l'observation simple ont déjà bien établies.

Les formes nerveuses ont souvent aussi un pouls assez significatif. On connait le calme du pouls des névroses, calme qui persiste quelquefois au milieu des crises convulsives les plus violentes. Bordeu a assigné aux névroses un pouls serré, convulsif, variable, mobile.

Pour la circulation comme pour les autres fonctions, c'est dans l'inégalité, l'irrégularité, l'incoordination, pour ainsi dire, de leurs troubles que le caractère névrosique se révèle le mieux; — c'est dans l'ataxie que ces troubles se montrent les plus divers, et dans leur mode et dans leur marche.

La forme adynamique, au contraire, détermine un pouls bien caractérisé, un pouls petit, faible, mou, irrégulier, inégal. Quant au dicrotisme, souvent si accusé dans cet état, nous savons maintenant qu'il n'est que l'exagération morbide d'un fait normal, et

qu'il tient à une diminution excessive de la tension vasculaire (Marey).

Depuis longtemps toutefois, on a reconnu le pouls dicrote et rebondissant comme lié aux hémorragies et aux hémorragies actives ; comment concilier cette assertion avec l'expérimentation qui prouve que le pouls dicrote indique une tension artérielle amoindrie ? Ne semble-t-il pas qu'alors, l'effort hémorragique se faisant en un point, l'afflux qui s'y produit s'accomplit au préjudice du reste du système, qui se trouve ainsi dans un état de tension diminuée et relativement et absolument ?

Et ce que je dis ici du pouls des hémorragies s'applique aussi bien au pouls des crises.

Je ne parle pas du pouls d'anémie qui, suivant les pertes abondantes de sang, se produit par conséquent avec une tension vasculaire affaiblie.

Quant aux diacrises, le pouls qui s'y rapporte ressemble beaucoup au pouls intestinal de Bordeu : il est développé, et offre un sautillement ou une inégalité régulière ; en d'autres termes, une intermittence. Nous avons dit comment cet auteur a pu faire confusion, l'intestin étant souvent le siége des diacrises. Quoi qu'il en soit, l'intermittence du pouls, en ce cas, ne semble-t-elle pas d'accord avec cette loi générale qui veut que toute sécrétion s'accomplisse avec intermittence. — C'est l'effort circulatoire qui détermine la sécrétion ; quoi d'étonnant qu'il soit comme elle alternatif ? C'est ce que confirme pleinement la physiologie moderne.

Je ne dis rien ici du pouls dans les formes sthénique et asthénique des maladies, distinction banale ou dangereuse dont il faut abandonner l'usage.

La douleur joue certainement un grand rôle dans la détermination des formes du pouls dans les maladies aiguës. Quoi qu'il en soit, lorsque la maladie devient chronique, le pouls reste encore quelque peu fréquent, mais il prend surtout une concentration remarquable : cette signification admise par les modernes est d'une haute valeur.

Enfin, il est souvent facile, quand le pouls n'est pas en relation avec la période dans laquelle il se trouve, il est facile de soupçonner une complication : telles sont surtout les complications inflammatoires dans le cours des fièvres.

Nous n'avons pu comparer toutes ces assertions avec les données sphygmographiques, parce que celles-ci restent encore à détermi-

ner. Tant que les éléments ne nous ont pas manqué, nous avons maintenu le parallèle.

Il semble que déjà nous en pouvons conclure que, quelle que soit la forme morbide à laquelle on ait affaire, les caractères du pouls se déduisent de la tension artérielle et des variations de cette tension, soit en plus, soit en moins, quel qu'en soit le mécanisme, quelles qu'en soient les conditions immédiates.

VIII. — Je voudrais ajouter à ces données quelques mots sur le pouls dans ses rapports avec la thérapeutique.

Or, à cet égard, le pouls est un signe dont l'importance est double, car il est tout à la fois la sentinelle qui révèle avec l'indication le danger qui la commande; il est aussi le réactif auquel nous pouvons mesurer sûrement l'activité de notre thérapeutique.

Sans doute, une indication ne saurait se baser exclusivement sur l'état du pouls, mais ce que l'on peut dire et répéter après Bordeu, c'est que si le pouls indique dans une maladie la persistance de la période d'irritation, c'est-à-dire s'il reste serré, dur et convulsif, une saignée sera souvent indiquée. Quel que soit le procédé employé, il est certain qu'en pareil cas l'indication consiste à tempérer l'excitation générale du système, et que les antiphlogistiques, employés selon la mesure, répondront à l'indication que révèle le pouls.

A la période critique, toute condition qui aura pour but de favoriser une évacuation selon la forme qu'indique la nature, et dans le sens où spontanément elle la détermine, une telle condition, la thérapeutique devra chercher à la remplir. Et si le pouls est à lui seul insuffisant pour préciser l'indication, du moins doit-il, avec d'autres éléments, concourir à la désigner à l'observateur. Ce qui a été dit ci-dessus en est la preuve.

Quant aux renseignements que le pouls peut fournir sur l'action physiologique ou thérapeutique des médicaments, et sur leur dosage, je ne rappellerai pas les longues dissertations que Bordeu développe à propos de l'action sur le pouls, des émétiques, des purgatifs, des saignées, de l'opium, etc.

J'ai déjà publié (*Bulletin de Thérap.*, juin 1865) les résultats que m'a paru donner l'étude du pouls sous l'action physiologique et thérapeutique de la digitale. Je me propose de continuer ces recherches, et de les étendre à un plus ou moins grand nombre de substances; mais j'ai cru utile de faire au préalable cette revue critique, dans le but de montrer comment l'art moderne peut se

rapprocher de l'art ancien quant à l'observation du pouls, tout en me gardant bien de les confondre.

Ce rapprochement nous permettra-t-il de puiser avec plus de sécurité dans l'observation des anciens? C'est ce dont je n'oserais me flatter. Du moins aura-t-il contribué à montrer sous leur vrai jour l'autorité et la valeur de leurs appréciations ; et d'attester, s'il en est besoin, combien la séméiotique moderne aurait tort de s'en affranchir.

De l'antagonisme de l'opium et de la belladone.

Depuis que l'attention du public médical a été appelée d'une façon toute spéciale sur ce sujet, la science s'est enrichie d'un grand nombre de faits et de travaux dont les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* connaissent les plus importants ; il nous a semblé opportun de grouper tous ces matériaux épars, afin d'établir ce qui est acquis, d'indiquer ce qu'il reste à démontrer et dans quelle voie devront être dirigées les recherches futures.

Il s'agit d'ailleurs d'une question de thérapeutique de la plus haute importance. En effet, cette loi de l'antagonisme une fois bien établie pour l'opium et la belladone, quels effets merveilleux le thérapeutiste ne sera-t-il pas à même de retirer de leur emploi, constamment indiqué, quand il pourra en élever progressivement les doses, assuré qu'il sera de pouvoir en modérer l'action à sa volonté !

D'un autre côté, on sera conduit à rechercher si cette loi n'est pas applicable à d'autres substances non moins actives, comme cela a déjà été fait pour l'opium et le sulfate de quinine, pour le curare et la strychnine, pour le brome et l'iode, pour l'éther et le chloroforme.

Historique. — Longtemps on se borna à constater les effets opposés de l'opium et de la belladone sur la pupille, sans en tirer des déductions thérapeutiques.

Cependant, dès 1570, Prosper Albin avait déjà observé que l'opium uni à la belladone affaiblit l'action de cette dernière.

Pena et Mathias de Lobel, dans leur livre intitulé : *Stirpium adversaria nova*, Londres, 1570, parlent de charlatans italiens qui excitaient l'admiration du bas peuple en donnant, comme pour apaiser la soif, de la racine de belladone, dont les effets fâcheux furent conjurés par du vinaigre, du vin et de la thériaque. Mais il convient d'ajouter qu'à cette époque la thériaque était considérée comme l'antidote le plus efficace de tous les poisons.

Horstius rapporte dans ses *Opera medica* (1661) l'histoire d'un homme qui avala par erreur une pleine cuillerée de suc épaissi de belladone. Il s'ensuivit de l'obscurcissement de la vue, de la sécheresse de la gorge, du délire, du tremblement; le malade fut guéri par l'emploi de la thériaque.

Le livre de Faber (*Strychnomania*, 1677) contient le récit de treize cas d'empoisonnement par la belladone. Deux malades guérirent sans avoir présenté de symptômes graves, les onze autres furent pris de délire, de troubles de la vue, de difficulté de déglutition, s'accompagnant chez quelques-uns de rougeur de la peau. Deux moururent après être tombés, à la suite du délire aigu, dans un état comateux. Le traitement consista surtout dans l'usage de la thériaque associée à divers adjuvants.

Faber cite un fait analogue observé par Brotbequius, son contemporain, dans lequel la guérison eut lieu par l'administration de l'opium.

En 1766, Boucher, de Lille, publia dans le *Journal de médecine* cinq cas d'empoisonnement par les fruits de la belladone. Le traitement se composa de vomitifs, de purgatifs et du vinaigre, qu'il regardait comme un véritable antidote. Chez deux malades cependant, l'un déjà comateux, l'autre encore délirant, les préparations d'opium furent administrées avec succès.

Dans sa thèse inaugurale : *De veneficio baccis belladonæ producto atque opii in eo usu* (1810), Joseph Lippi cite plusieurs exemples de guérison à l'aide du laudanum de Sydenham.

Giacomini signale lui-même, dans son *Traité de matière médicale et de thérapeutique*, les bons effets des préparations opiacées. Les Italiens, dit-il, ont donné, dans les cas d'empoisonnement par la jusquiame, la stramoine et la belladone, l'opium à haute dose, et ils ont vu la stupeur et les convulsions disparaître.

Cependant, on ne commence sérieusement à s'occuper de cette question qu'à partir de 1838 avec Corrigan et Graves.

Le point de départ de cette opinion, à savoir : que l'opium et la belladone peuvent mutuellement se servir de contre-poison, paraît se trouver dans une hypothèse qui fut suggérée au docteur Corrigan, de Dublin, par l'observation d'un cas de typhus fever, qu'il suivit avec le docteur Graves, et qui leur inspirait à tous les deux beaucoup d'intérêt. Le malade était un jeune homme vigoureux, d'une forte constitution. Dans le cours de la maladie, il y eut des symptômes cérébraux très-intenses, qui s'accompagnaient d'une remarquable contraction de la pupille. On prescrivit

l'émétique associé à l'opium, remède favori du docteur Graves, et très-efficace dans des cas en apparence tout à fait semblables ; mais ce fut sans succès, et le malade succomba.

Le docteur Corrigan, frappé qu'il avait été de la contraction de la pupille, se demanda si, dans de telles circonstances, les narcotiques qui en déterminaient la dilatation ne pouvaient pas amener un bon résultat. Rencontrant quelque temps après son confrère, il lui fit part de son idée. Ceci frappa le docteur Graves, qui, avec son activité d'esprit ordinaire, se promit bien d'en faire l'expérience à la première occasion favorable.

Corrigan essaya donc ce traitement dans les cas d'excitation cérébrale se manifestant dans le cours de la fièvre, et il observa que la belladone, donnée à l'intérieur, était un médicament précieux lorsqu'il y avait tendance marquée à la contraction pupillaire ; et que l'opium, au contraire, dans ces conditions et sous quelque forme que ce soit, était complétement inutile.

Quelque temps après, le docteur Graves, dans un travail sur le même sujet, fit voir qu'il existe deux formes analogues mais différentes d'excitation cérébrale, indiquées particulièrement par la contraction et par la dilatation de la pupille ; et que l'une de ces formes doit être traitée par la belladone et ses congénères, tandis que l'autre doit l'être au moyen de l'opium ou de ses alcaloïdes.

De là à l'antagonisme de l'opium et de la belladone, il n'y avait qu'un pas à faire.

Aussi, quelques années plus tard (1843), Angelo Poma faisait usage du laudanum comme contre-poison de la belladone.

Le premier travail *ex professo* sur la question, est le mémoire lu par le docteur Anderson devant la Société physiologique d'Edimbourg, en janvier 1854, et publié par le *Monthly Journal of medical sciences* de la même année.

L'auteur dit avoir été engagé à usiter la belladone par les indications de Graves. Il rapporte deux observations, l'une d'un individu qui, après l'administration d'une dose exagérée de chlorhydrate de morphine, fut guéri par 6 drachmes de teinture de belladone. L'autre est celle d'une femme qui avait ingéré 5 drachmes de laudanum dans le but d'en finir avec la vie ; la pompe, l'électricité et d'autres moyens avaient été tentés inutilement, lorsque Anderson se décida à administrer la teinture de belladone. Une once fut administrée en une fois, plus 2 drachmes au bout d'une demi-heure, et, au bout de cinq heures, tous les symptômes de l'intoxication opiacée avaient disparu.

La même année, Garrod, dans sa leçon d'ouverture au Collége de l'Université, se fondant sur la ressemblance des effets toxiques de la belladone avec les phénomènes du *delirium tremens*, hasarda cette supposition que, puisque l'opium guérissait le *delirium tremens*, il paraissait probable que, dans l'empoisonnement par la belladone, l'opium pourrait être également avantageux.

En 1856, le docteur Mussey, de Cincinnati, publia dans le *Boston medical and surgical journal* un fait intéressant, en ce sens que l'empoisonnement, qui avait été produit par du laudanum, fut exclusivement combattu par la belladone.

Dans la seconde édition de son *Traité des plantes médicales indigènes* (1858), Cazin rapporte deux observations de Lindsey, et il rappelle qu'il a eu lui-même l'occasion de combattre avantageusement un empoisonnement déterminé par des feuilles de belladone au moyen de doses moyennes d'opium.

Le mémoire de B. Bell, inséré dans l'*Union médicale* (février 1859), contenait la relation de deux cas où les signes alarmants d'une intoxication par de grandes quantités de morphine, furent conjurés à l'aide d'injections hypodermiques d'atropine. Ce travail avait été lu devant la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, le 5 mai 1858.

Quelques mois plus tard, M. Béhier publiait dans le même journal deux faits qui s'étaient présentés à son observation, et bientôt le même auteur, dans ses travaux sur la méthode hypodermique qu'il a vulgarisée dans notre pays, fut amené à traiter cette question.

A la fin de la même année, le docteur Seaton, de Leeds, rapportait dans le *Medical Times*, décembre 1859, l'histoire de dix individus empoisonnés par les fruits de la belladone. Chez deux de ces malades, tous les accidents, peu intenses, cédèrent à un émétique ; les huit autres présentèrent des symptômes inquiétants et un délire intense. L'opium fut donné à tous. Dans sept des cas, les symptômes les plus alarmants disparurent aussitôt que le sommeil et la contraction des pupilles indiquèrent que l'économie était sous l'influence de la préparation opiacée. Le huitième patient, une femme scrofuleuse et depuis longtemps maladive, ne prit que peu d'opium et succomba.

Les *Recueils médicaux* de 1860 contiennent plusieurs mémoires intéressants relatifs à l'antagonisme de l'opium et de la belladone, parmi lequels il faut citer celui de Richard Hughes : *On the significance of the contraction and dilatation of the pupil produced by*

opium and belladona respectively (*London medical Review*), et une observation du docteur Lopez, de Mobile.

En 1863, M. Béhier, reprenant la question, a publié dans l'*Union médicale* une nouvelle observation.

L'année suivante (1864), les *Archives de médecine* reproduisent deux mémoires de Norris et de Lee, empruntés à l'*American journal of the medical sciences*.

Les observations recueillies par les deux médecins américains, non-seulement confirment la loi, mais elles permettent, grâce à la précision des détails, de suivre pas à pas la cruelle influence des agents antagonistes.

En 1865, parurent deux observations du docteur Léon Blondeau dans les *Archives de médecine*, une observation de Lubelsky dans la *Gazette hebdomadaire*, une de M. Dodeuil dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

Jusque-là tous les travaux publiés sur ce sujet avaient pour but de démontrer la réalité de l'antagonisme de l'opium et de la belladone, et les faits nombreux que la science avait enregistrés avaient porté la conviction dans bien des esprits. Mais il parut alors un travail qui remit tout en question.

Dans sa thèse inaugurale, M. Camus, de Saint-Quentin, posait des conclusions défavorables à l'opinion généralement admise, en se basant sur un examen critique des faits et sur des expériences pratiquées sur des animaux.

Cependant des faits nouveaux furent publiés. Cette année même, un élève de l'école de Paris, M. Raynaud, a soutenu une thèse sur ce sujet, en se déclarant convaincu de l'antagonisme de l'opium et de la belladone.

Parmi les meilleurs travaux que cette question ait suscités, nous devons citer la thèse de M. Constantin Paul pour le concours de l'agrégation en médecine, travail dans lequel son auteur a eu à traiter cette question d'une manière incidente et en faveur de laquelle il a apporté des arguments d'une grande valeur.

Expériences sur les animaux. — Bien que cette question soit une de celles dont on pouvait attendre la solution de l'expérimentation, on n'est pas encore arrivé à des résultats satisfaisants.

B. Bell avait institué une série d'expériences sur des chats et sur des lapins. Les résultats, en somme, ne furent certainement pas en contradiction avec ses prévisions, mais les effets toxiques produits chez ces animaux ne furent pas assez marqués, assez frappants pour justifier une confiance suffisante. Il paraît, dit-il, y avoir deux sources

principales de difficultés à tirer une conclusion de ces expériences ou d'expériences semblables. La première, c'est que les animaux sur lesquels elles ont été faites et principalement les lapins, semblent être peu susceptibles de subir l'influence toxique des substances employées, la morphine, l'atropine, l'hyoscyamine ; et la seconde source de difficulté, c'est que pour des raisons évidentes nous ne pouvons apprécier les signes des troubles cérébraux aussi aisément chez les animaux que chez l'homme.

Malgré ces objections, c'est sur les mêmes animaux que M. Camus, de Saint-Quentin, expérimenta (*Gaz. hebd.*, 1865).

Il est vrai que, selon lui, ce qui a fait dire à Bell et à Anderson que les expériences qu'ils avaient entreprises sur le lapin ne pouvaient jeter aucune lumière sur la question, c'est qu'ils n'ont tenu aucun compte de la sensibilité spéciale de l'animal, et qu'ils ont négligé de mesurer cette sensibilité en déterminant les doses toxiques ; aussi n'est-ce qu'après être arrivé, par bien des tâtonnements, à dresser le tableau des doses toxiques minimum d'opium et de ses sels, pour un animal d'espèce et de force données, qu'il a cherché à combattre l'empoisonnement par la belladone, dont les doses toxiques minimum avaient été également bien déterminées à l'avance.

Les expériences furent faites dans ces conditions sur les lapins et les moineaux, et il y eut, en effet, beaucoup plus de morts que de guérisons. M. Camus en conclut que l'antagonisme n'existe ni chez le lapin, ni chez le moineau.

Il pense, de plus, que le résultat de ses recherches peut être applicable à l'homme. Cette conclusion est-elle absolument vraie? Le lapin a été mal choisi, cet animal se montrant réfractaire à l'action de ces substances; cette particularité était connue et indiquée, et il eût été préférable de prendre un autre sujet pour les expériences[1].

Il a fallu des doses énormes : 1 gramme de chlorhydrate de morphine et 1 gramme d'atropine, pour produire des phénomènes toxiques.

Au contraire, les sels moins actifs, la codéine, la papavérine, n'ont dû être administrés qu'à la dose de 20 à 50 centigrammes. Le moineau, de son côté, a paru très-sensible à l'action de ces médicaments, mais le degré de son impressionnabilité est digne de

---

[1] Il résulte en effet des expériences de Runge, reprises par Bouchardat, que les lapins peuvent impunément se nourrir de feuilles de belladone et que chez eux l'atropine ne peut être considérée comme un poison.

Voir Bouchardat, *Traité de matière médicale*, t. I, p. 97.

remarque, et ce ne sont pas les sels qui agissent le plus activement chez l'homme, qui produisaient chez lui les phénomènes les plus tranchés.

On a aussi objecté que dans ces expériences le contre-poison avait toujours été employé à trop forte dose, et qu'ainsi on substituait un effet narcotique à un autre, et tué l'animal à l'aide d'un poison, après l'avoir guéri d'un autre empoisonnement.

Avant M. Camus, M. le docteur Bois (d'Aurillac) avait fait des expériences dont les résultats furent consignés dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 17 juin 1865. Frappé de l'extrême sensibilité du lapin à l'action de la morphine et de sa complète insensibilité à l'influence de l'atropine, cet expérimentateur renonça aux herbivores et aux frugivores et songea au chat, dont le genre de vie se rapproche un peu de celui de l'homme.

Or, après avoir injecté sous la peau d'un sujet un mélange composé de 2 centigrammes de sulfate d'atropine et de 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine, il vit la mort survenir en moins de deux heures.

D'autres fois, il vit le sujet, empoisonné par l'atropine et la morphine mélangées à de moindres doses, être constamment plus malade que dans les cas où il n'avait absorbé que l'un ou l'autre de ces poisons.

Ces expériences semblent démontrer qu'il n'y pas d'antagonisme entre l'atropine et la morphine chez le chat ; mais notre confrère ne se crut pas autorisé à conclure qu'il en est de même pour l'homme.

Il croit pouvoir expliquer la contradiction qui se manifeste entre les observations cliniques et l'expérimentation, en faisant remarquer que, dans presque tous les cas d'empoisonnements observés chez l'homme, le poison ou le contre-poison, et souvent les deux, ont été absorbés sous des formes autres que celles de principes actifs isolés des substances en question. Tantôt ce sont des fruits, tantôt ce sont des extraits, des teintures et rarement la morphine ou l'atropine, presque jamais les deux à la fois. Or, d'après les recherches de M. Claude Bernard, l'opium contient des principes pourvus de qualités diamétralement opposées ; n'y aurait-il rien d'analogue dans la belladone ? On conçoit très-bien dès lors que l'antagonisme existe entre les préparations d'opium et celles de belladone renfermant l'ensemble de leurs principes actifs, et qu'il n'en soit plus de même pour tous ces principes actifs pris individuellement, la morphine et l'atropine par exemple.

Jusqu'à présent donc, les expériences sur les animaux ne paraissent nullement démonstratives. Peut-être faut-il invoquer, pour expliquer ces résultats insuffisants, les conditions défectueuses au milieu desquelles elles ont été entreprises, et l'on ne saurait trop encourager les expérimentateurs à reprendre cette question en se mettant à l'abri de toute cause d'erreur.

(*La suite au numéro prochain.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur l'anesthésie locale produite par la pulvérisation d'éther (appareil Richardson) appliquée à l'avulsion des dents.

Par M. le docteur E. Magitot, membre de la Société de biologie, etc.

Il est parfaitement établi qu'un jet d'éther pulvérisé dirigé sur la peau ou d'autres tissus exposés à l'air libre, y produit dans une région limitée une réfrigération rapide, et par suite l'insensibilité.

Les expériences récentes faites dans les hôpitaux, ont montré qu'il était possible d'obtenir ainsi l'anesthésie complète, dans diverses opérations : ouvertures d'abcès, ablation d'ongles incarnés, etc., ont pu être faites sans provoquer aucune douleur.

Parmi les applications proposées de ce moyen anesthésique, on a indiqué l'avulsion des dents, et il a été annoncé en termes pompeux qu'en l'absence de l'anesthésie générale, le moyen est enfin trouvé de pratiquer sans douleur cette opération si redoutée.

Il nous a donc paru utile d'éclairer les médecins sur la valeur du procédé appliqué à ce cas spécial, et nous avons institué une série d'expériences dont nous allons rendre compte brièvement.

L'appareil que nous avons employé est celui même de Richardson aux deux boules de caoutchouc. Il est armé d'une extrémité droite, de manière à projeter un jet vif et très-fin sur la région occupée par la dent à extraire. Nous avons rejeté l'emploi de l'ajutage à deux jets convergents, à cause de la nécessité de rapprocher l'appareil du point d'application, et de la pulvérisation incomplète ainsi que de la condensation trop rapide de l'éther qui en résultent.

Le nombre de nos expériences personnelles est considérable ; nous en choisissons ici une dizaine qui résument d'ailleurs la physionomie générale de l'ensemble.

Obs. I. Jeune homme de quinze ans ; constitution robuste ; dent première grosse molaire inférieure droite affectée de carie péné-

trante; mise à nu de la pulpe, crises douloureuses spontanées. Ce cas est parfaitement curable, mais le sujet réclame absolument l'extraction.

Le jet d'éther, projeté sur la région externe du bord alvéolaire au niveau même de la dent malade, donne lieu d'abord à une douleur extrêmement vive sur cette dernière, et en même temps sur les voisines. La projection est cependant maintenue pendant vingt ou trente secondes, mais très-péniblement.

L'extraction se fait ensuite au moyen du davier et en un seul temps.

La douleur est très-vive et comparable en tous points avec celles de deux extractions antérieures de dents permanentes.

Obs. II. Femme de cinquante ans; constitution robuste; dent première petite molaire inférieure gauche profondément cariée, privée de sa pulpe, et affectée de périostite aiguë avec ébranlement manifeste.

Le jet d'éther, appliqué sur le côté externe pendant une demi-minute environ, est bien supporté.

L'extraction est faite au moyen du davier et en un seul temps.

Douleur vive qui, au dire de l'opérée, n'est pas moindre que dans plusieurs avulsions antérieures.

Obs. III. Femme de trente ans; tempérament nerveux; grosse molaire inférieure gauche avec perte totale de la pulpe, périostite chronique et phlegmon de la gencive sur le point correspondant.

Le jet d'éther, appliqué sur la partie enflammée elle-même, est assez bien supporté pendant une demi-minute; à ce moment quelques accès de suffocation surviennent. Nous essuyons rapidement avec une éponge la salive mêlée d'éther qui baigne la bouche, et l'extraction est pratiquée en un seul temps par le davier.

La douleur est extrêmement vive, avec cris et mouvements nerveux qui se prolongent pendant dix minutes. Le sujet accuse en outre une sensation vive de brûlure à la face interne de la joue, et la commissure des lèvres, ainsi que la peau voisine, présente une forte rougeur.

Ces trois premières observations sont loin d'être favorables au nouveau mode d'anesthésie locale; de plus, certains inconvénients se révèlent déjà dans l'application du moyen : ainsi la sensation de froid peut être très-difficilement supportée par la dent malade, s'il y a, comme dans la première observation, conservation de la pulpe, ou par les dents voisines restées saines, de sorte qu'en l'absence d'anesthésie produite, il y a douleur nouvelle ajoutée à celle de l'opération. Ensuite l'atmosphère éthérée qui remplit la bouche, peut causer des accès de suffocation sans gravité, il est vrai, mais qui interrompent l'application. Enfin, l'action locale de l'éther sur la muqueuse et sur la peau est parfois assez forte pour produire de la rougeur, et une sorte de brûlure au premier degré.

Les observations suivantes sont heureusement un peu plus favorables.

Obs. IV. Jeune homme de vingt ans ; première grosse molaire inférieure gauche profondément cariée, réduite à ses seules racines ; douleurs permanentes depuis six jours ; commencement de fluxion, périostite chronique ; plusieurs fluxions antérieures.

Le jet d'éther est dirigé pendant une demi-minute environ sur le côté externe de la gencive. Le sujet remarque que la douleur qu'il éprouvait avant l'opération cesse subitement au premier contact du liquide. Mais peu après les dents voisines saines éprouvent une impression douloureuse assez vive.

L'opération, très-laborieuse, se fait en plusieurs temps, chacune des racines devant être recherchée et extraite séparément.

Le sujet avoue que la douleur ressentie est relativement faible ; il a subi déjà diverses extractions antérieures.

Obs. V. Femme de soixante-cinq ans, chétive et malade ; incisive centrale supérieure droite réduite à l'état de racine ; périostite chronique avec congestion de la gencive et fistule ancienne.

L'application, bien supportée, se fait très-facilement sur la partie antérieure de l'arcade dentaire, les dents voisines ayant toutes disparu.

Extraction en un seul temps par le davier.

Douleur très-faible, relativement moindre que dans diverses avulsions antérieures.

Obs. VI. Jeune fille de vingt ans, bonne constitution. Débris de racines d'une première grosse molaire supérieure droite. Tentative antérieure d'extraction sans résultat et très-douloureuse.

Le jet bien supporté à la partie externe de la région durant une demi-minute environ.

L'avulsion est faite péniblement et en plusieurs temps avec le davier et la langue de carpe.

Douleur faible, relativement moindre que dans les tentatives antérieures.

Obs. VII. Femme de quarante-cinq ans, tempérament nerveux ; première grosse molaire supérieure droite cariée, perte de la pulpe ; fluxion, périostite.

Le jet d'éther dure une demi-minute ; deux accès de suffocation.

L'opération se fait en un seul temps au moyen du davier, et réussit à enlever simultanément les trois racines.

Douleur faible, infiniment moindre que dans cinq extractions antérieures.

Obs. VIII. Jeune homme de vingt ans, robuste ; première petite molaire inférieure droite, intempestivement obturée, avec conservation de sa pulpe ; périostite subaiguë.

Le jet, projeté sur la face externe de la gencive pendant une demi-minute, impressionne douloureusement la dent malade et les voisines.

L'avulsion s'effectue par le davier en un seul temps et très-rapidement.

La douleur est faible; deux avulsions antérieures très-douloureuses.

Les observations qui précèdent se distinguent des trois premières en ce que la douleur, sans être absolument nulle, paraît avoir été sensiblement amoindrie par le jet d'éther. Nous ferons remarquer que dans les cas qui viennent d'être relatés, la lésion dentaire était notablement différente. Ainsi, la pulpe avait le plus souvent disparu; la dent était dès-lors inerte et indolente par elle-même, mais son périoste et la gencive étaient enflammés plus ou moins vivement. Or, ces parties sont, on le comprend, bien plus accessibles à un agent réfrigérant que la pulpe centrale, péniblement impressionnée d'ailleurs par cet agent. C'est ainsi que nous expliquerons le succès relatif des faits qui précèdent.

Obs. IX. Jeune homme de vingt ans; première petite molaire supérieure droite réduite à l'état de simple racine; absence totale de pulpe. Cette racine est actuellement insensible; toutefois le sujet désire en être débarrassé.

Le jet d'éther est appliqué facilement sur la face externe de l'arcade dentaire.

L'extraction est faite par le davier en un seul temps.

Douleur complétement nulle.

Aucune extraction antérieure.

Obs. X. Homme de soixante-cinq ans, chétif; racine d'une première petite molaire supérieure gauche; perte totale de la pulpe; périostite subaiguë chronique.

Le jet d'éther, appliqué aisément sur la région dépourvue des dents voisines, est bien supporté pendant une demi-minute environ.

L'extraction est faite en un seul temps par le davier.

Douleur complétement nulle.

Plusieurs extractions antérieures diversement douloureuses.

Ces deux dernières observations sont remarquables en ce qu'elles constatent une insensibilité absolue pendant l'opération; ce sont des exemples d'anesthésie complète.

Si maintenant nous envisageons dans leur ensemble les expériences précédentes, nous remarquons que sur dix extractions deux fois la douleur a été nulle, cinq fois elle a été faible, et dans les trois autres absolument aussi vive, sinon plus, que dans les cas ordinaires.

Ce premier résultat indiquerait d'abord une grande inconstance du moyen, ce qui s'explique, selon nous, par les différences dans les altérations dentaires elles-mêmes : si la dent a conservé sa pulpe et les rameaux nerveux qui s'y rendent, la douleur de l'extraction sera ou peu modifiée ou accrue; si la dent, devenue inerte par la perte de ces parties, n'est douloureuse que par périostite

ou phlegmon des gencives, la sensation sera avantageusement modifiée, la réfrigération pouvant atteindre cette gencive et ce périoste. La position antérieure ou isolée d'une dent favorisera aussi cette application. Enfin, on devra encore tenir compte des susceptibilités du sujet, de la durée et des difficultés de l'opération elle-même.

Nous concluons donc des faits qui précèdent :

1° Que l'emploi de la pulvérisation d'éther comme agent anesthésique réfrigérant n'est pas applicable d'une manière régulière et constante dans la bouche ;

2° Que l'introduction dans cette cavité de la poussière éthérée, peut déterminer des suffocations qui troublent ou interrompent l'application, ou amènent, par sa condensation rapide, des brûlures légères de la muqueuse buccale et des lèvres ;

3° Que, renfermée dans la bouche, la vaporisation de l'éther est moins rapide, et conséquemment moins efficace qu'à l'air libre et sur la peau ;

4° Que l'épaisseur de la couche dure d'une dent et sa faible conductibilité permettent difficilement la réfrigération totale de cet organe ;

5° Que cette application peut demeurer impossible pour les parties profondes de la bouche, et que son emploi doit être réservé aux dents placées sur la partie antérieure des mâchoires, ou limitées et isolées nettement ;

6° Qu'enfin, les seules circonstances où son action puisse être vraiment utile et complète, sont celles où une dent, devenue inerte par la perte de sa pulpe, ne cause d'accidents que par son périoste et la gencive, deux parties susceptibles de subir l'anesthésie par le froid en raison de leur situation relativement superficielle.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observation pratique sur le baume de Fioraventi.

Les alcools payent en entrant dans Paris des droits d'octroi tellement élevés, que certains droguistes ont pris l'habitude de préparer *extra muros* les alcoolats qu'ils livrent au commerce ; au lieu de les composer selon le Codex, ils doublent la dose des substances médicamenteuses, sans augmenter la quantité de l'alcool : il en résulte que lorsqu'on les emploie il faut les dédoubler, c'est-à-dire leur ajouter une suffisante quantité d'alcool pour les ramener au

degré prescrit. On fait ainsi de l'esprit de mélisse simple, de l'eau de mélisse des Carmes, de l'alcoolat de raifort simple et composé, l'alcoolat de cochléaria, de Garus, de Silvius, de Courcelles, de Fioraventi, et bien d'autres qui sont employés dans la parfumerie.

Nous ne voyons pas beaucoup d'inconvénient à procéder ainsi pour les alcoolats qui sont considérés comme des cosmétiques ; il n'en est pas de même pour ceux qui sont employés dans la thérapeutique. On nous a chargé d'examiner un baume de Fioraventi préparé par un parfumeur ; il en fait un commerce spécial. Chaque bouteille est revêtue de cette étiquette pompeuse : *Baume de Fioraventi à double dose.*

Cet alcoolat est limpide, odorant, sans couleur étrangère à l'alcool ; il pèse 33 degrés à l'aréomètre ; l'alcool qu'on lui ajoute pour le ramener aux proportions du Codex en fait un liquide qui n'a pas l'intensité de parfum du baume Fioraventi du Codex.

Nous avons fait à deux reprises différentes du baume de Fioraventi en doublant les doses des substances qui le composent, l'alcoolat que nous avons obtenu n'a pas le même aspect que celui qu'on nous avait donné à examiner : celui-ci est opale, d'une odeur forte, pénétrante, tellement chargé en huile essentielle, qu'une partie surnage le liquide. Il n'y a pas de moyens simples et pratiques de déterminer d'une manière précise si un baume de Fioraventi est fait d'après le Codex ; cependant nous avons essayé le procédé suivant qui nous a donné un assez bon résultat ; il est basé sur ce que l'eau et l'alcool s'unissent pour abandonner les corps huileux qui étaient tenus en dissolution. Nous avons procédé de la manière suivante :

Nous avons mis dans trois tubes en verre et gradués, dans l'un, de l'alcoolat de Fioraventi fait selon le Codex ; dans le second, l'alcoolat fourni par le parfumeur ; dans le troisième, l'alcoolat que nous avions distillé ; dans chacun nous y avons ajouté une quantité déterminée d'eau froide ; on a agité les mélanges.

Nous avons, par l'intensité de la nuance opaline des liquides, pu juger quel était le baume qui contenait le plus de principes volatils ; et, si l'odorat n'avait pas été un juge pour reconnaître que le baume de Fioraventi du Codex était le meilleur, l'essai par l'eau nous l'aurait indiqué.

Le baume de Fioraventi est très-souvent employé en thérapeutique ; pour cette cause, il est utile qu'il soit toujours fidèlement préparé ; il n'en est pas ainsi pour la médecine vétérinaire ; ce n'est

qu'un simple mélange d'alcool et d'essence de térébenthine. Cette fraude est facile à reconnaître même à l'odorat.

Sur l'écorce du zygophyllum arboreum.

Le zygophyllum arboreum est un grand et bel arbre qui croît naturellement dans la Nouvelle-Grenade ; les botanistes l'ont placé dans la décandrie monogyne de Linné, dans la famille des rutacées de Jussieu, et des rosacées de Tournefort ; son écorce porte dans le pays le nom de *Palo-Santo ;* elle y est employée comme médicament et comme parfum.

Mabille et Echeverria, bien connus dans les sciences naturelles par leurs nombreuses et incessantes communications sur l'Inde, nous ont prié d'examiner cette substance.

L'échantillon sur lequel nous avons expérimenté offre les caractères suivants :

Une écorce longue de 15 centimètres, large de 8, épaisse de 2, pèse 100 grammes ; sa couleur est analogue à celle du quinquina jaune, son odeur aromatique rappelle celle de la vanille ; sa saveur est chaude, amère, piquante, acide, balsamique. Sa partie extérieure est rugueuse, profondément crevassée, couverte de distance en distance de végétations cryptogamiques blanches, dont on ne peut déterminer la nature à l'œil nu ; la cassure de cette écorce est nette ; sa structure, vue au microscope, présente une agglomération amorphe ; sa texture est dure, elle ne laisse que très-peu de fibres après sa pulvérisation ; l'eau froide ne pénètre que difficilement cette écorce, aussi ne lui abandonne-t-elle que très-peu de principes solubles ; avec l'eau chaude, on en retire un extrait brun, aromatique, qui rougit le papier de tournesol ; il a une saveur chaude et brûlante.

Cette écorce, mise sur les charbons enflammés, brûle en répandant une abondante fumée aromatique ; elle ne laisse que peu de cendre ; cette cendre contient des sels de chaux, des traces de fer, et très-peu de potasse.

Le sulfure de carbone, le chloroforme, les éthers, l'alcool rectifié ont sur cette substance une action toute spéciale.

L'extrait alcoolique du Palo-Santo est très-employé à la Nouvelle-Grenade comme stimulant, digestif, apéritif ; il est plus jaune que l'extrait aqueux, très-peu soluble dans l'eau ; il contient tous les principes actifs de l'écorce. On fait, avec la teinture alcoolique de cette écorce qu'on édulcore suffisamment, un élixir qu'on prend le matin comme liqueur.

La résine qu'on retire de l'écorce du zygophyllum contient un principe cristallin qui a beaucoup d'analogie avec l'acide benzoïque; il en diffère par la forme de ses cristaux, qui sont aiguillés.

Dans certaines contrées de la Nouvelle-Grenade on fait bouillir du Palo-Santo dans une huile fine; cette huile sert de cosmétique pour la toilette.

L'écorce du zygophyllum arboreum jouira-t-elle en Europe de la même vogue qu'elle a dans son pays? nous l'ignorons; en Angleterre on a cherché à l'introduire dans le commerce. L'aspect physique de cette plante n'est pas toujours le même; il y a des écorces très-grosses, d'autres très-minces : cela dépend de l'âge de l'arbre. La couleur aussi diffère : cela tient à la manière dont elle a été desséchée.
Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Monsieur et très-honoré confrère,

A propos de l'appréciation qui a paru, dans votre numéro du 30 mai dernier, sur la méthode des bains prolongés, préconisée par le célèbre Griesinger, j'ai pensé que vous accueilleriez avec bienveillance mes dernières observations sur ce mode de traitement. Elles sont la vérification et le contrôle de mes premiers travaux communiqués à l'Académie de médecine et à l'Institut; elles ont aussi pour but de protester contre l'extension exagérée qu'on donne aux médications, et de porter la conviction dans l'esprit des médecins.

Aujourd'hui, comme autrefois, nous restreignons les bains prolongés aux cas aigus de la folie et surtout de la manie. La plupart de ces cas, survenant pour la première fois, sans antécédents, chez des individus dans de bonnes conditions physiques, et dont la cause de la maladie était une forte émotion, ont guéri dans un intervalle de huit jours à trois semaines au plus. Cette médication a souvent fait tomber l'excitation dans les cas aigus de récidives, et dans les états aigus des manies chroniques, mais elle a rarement amené la guérison dans ces deux catégories; elle a été sans succès dans les manies intermittentes, dans les folies à double forme, dans le délire aigu avec refus des boissons et des aliments; dans un dixième des cas, où elle paraissait parfaitement indiquée, elle n'a pas déterminé une guérison plus rapide que dans l'ancienne

méthode; chez un petit nombre d'individus, la prompte guérison a été suivie d'une rapide rechute, et le traitement a traîné en longueur; dans plusieurs cas où toutes les conditions paraissaient favorables, le traitement a été sans succès appréciable.

D'après des observateurs anglais, ces bains auraient été suivis d'accidents graves, de mort même. Nous n'avons jamais observé de faits analogues, mais nous croyons qu'ils sont facilement évités avec un surveillant qui ne *perd pas les malades de vue*, car il peut quelquefois survenir des défaillances. Il y a, d'ailleurs, une remarque importante à faire, c'est que tous les cas aigus ne peuvent être soumis à cette méthode; tels sont, par exemple, les manies suraiguës à forme ataxique, le *delirium tremens* avec tremblement considérable, inégalité du pouls, sueurs abondantes, froides, regard sinistre, phénomènes insolites, les manies puerpérales chez les femmes débilitées, nerveuses, etc. Ce bilan thérapeutique, fruit d'une longue expérience, en montrant qu'à côté des succès viennent se placer les insuccès, n'ôte rien aux avantages évidents des bains prolongés avec irrigations continues (leur durée doit être de trois à quatre heures jusqu'à douze et même quinze heures; en moyenne, de huit heures); mais il apprend aussi qu'il ne faut jamais rien forcer, et c'est malheureusement le sort attaché à chaque agent thérapeutique, signalé comme guérissant, par ceux qui l'expérimentent de seconde main, parce qu'ils veulent toujours faire quelque chose de plus que l'auteur.

Agréez, etc. A. Brierre de Boismont.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'organicisme, précédé de réflexions sur l'incrédulité en médecine, et suiv de commentaires et d'aphorismes, **par le professeur Rostan, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique à cette Faculté, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie impériale de médecine de Paris, de celle de Marseille, de la Société médicale de Lexington, de l'Académie impériale de Wilna, de Saint-Pétersbourg, etc., etc.**

« La tombe va bientôt se fermer sur moi. Mes principes se défendront seuls. J'ai la conviction inébranlable d'avoir écrit ce qui est vrai. Je meurs avec la persuasion qu'un jour viendra où l'organicisme versera sa lumière sur toutes les écoles, où il régnera universellement au grand jour, où il n'y aura plus de honte à le confesser, et à rendre publiquement justice aux auteurs qui l'ont les premiers proclamé. »

En face de ces mélancoliques paroles qui terminent l'introduction dont M. le professeur Rostan a fait précéder le livre qu'il vient de publier comme sa suprême leçon, nous ne nous sentons pas le courage de combattre de front l'erreur fondamentale sur laquelle repose essentiellement sa doctrine médicale. Nous aimons mieux, faisant abstraction du principe qui laisse incompris, et même sans la moindre explication, le développement de l'œuf humain touché par la molécule spermatique, pour ne citer que le fait de la vie à son point de départ, reconnaître que si l'organicisme fait évidemment fausse route, en prétendant expliquer la vie par le pur arrangement moléculaire et l'action des agents exclusivement physiques, cette vue de l'esprit, tout incomplète qu'elle soit, a servi énormément au progrès de la science, en posant à ses recherches un but nettement déterminé, auquel elle a vaillamment marché à travers les plus importantes découvertes. Il ne nous en coûte pas davantage, remontant à la véritable origine de ce progrès, de proclamer que l'illustre professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris en a été un des plus ardents et des plus constants promoteurs. Dans un amour-propre qui a bien quelque chose de légitime, puisqu'il est le péché mignon de tous, nous nous persuadons volontiers, tous tant que nous sommes, que, parce que notre horizon s'est étendu, il finit là, et nous y placerions une borne sous l'invocation des dieux Termes, oubliant que ces dieux-là sont aujourd'hui remplacés par les gardes champêtres. Ne nous créons pas de ces colonnes d'Hercule fantastiques; la science n'a qu'un jour, quand on considère l'infini qui se développe devant elle, et nous ne faisons que balbutier là où elle parlera clairement un jour. Dans ce champ sans limites où, sous l'œil de Dieu, l'intelligence marche et grandit, l'analyse universelle et spécialement l'analyse des phénomènes de la vie, de son instrumentation même, ont encore immensément à faire : mais quand cette grande œuvre sera terminée, qu'elle aura étudié molécule par molécule cette poussière infinie, soyez sûr que la science trouvera le lien, la cause de l'harmonie, la force spéciale qui agite la masse organique, le *mens quæ agitat molem*. Si convaincu qu'on soit de l'impuissance du pur mécanisme à rendre compte de la vie, il faut donc reconnaître que ce mécanisme est la partie de l'énigme qu'il est le plus facile de comprendre, mais qu'elle n'a été encore saisie que par son côté le plus grossier, celui qui tombe immédiatement sous le sens.

D'autres pourront considérer les paroles de M. Rostan comme des paroles perdues, comme une inutile réminiscence; pour nous,

nous ne le pensons pas : l'œuvre légitime à laquelle il a, sans marchander ses peines, voué sa longue et laborieuse vie, est à peine commencée. Il faut la poursuivre, en marchant sur les traces qu'il a laissées sur le terrain de la science, mais sans résoudre la question qu'il a trop tôt résolue. Lisez ce livre, dirai-je aux médecins sous les yeux desquels tomberont ces lignes : inspirez-vous de l'ardeur au travail dont il porte partout la noble empreinte, mais suspendez votre jugement sur la conclusion principale ; faites de la médecine provisoire avec de la science provisoire, mais ne vous livrez pas. Non, ne vous livrez pas, n'enfermez pas votre esprit dans les bornes de la matière pour vous rendre compte de la vie, car M. Rostan lui-même, entraîné par la logique même des choses, s'arrête devant cette extrémité. Non-seulement par une sorte de théovitalisme, comme dirait M. Tissot, M. Rostan regarde l'organisation *comme une certaine disposition moléculaire donnée à la matière par le Créateur*, avec la puissance immanente de se développer, de croître, de se reproduire ; mais derrière la vie phénoménale, seule réalité que nous puissions atteindre, il admet un principe, comme derrière les phénomènes électriques, la lumière, la chaleur, etc., les physiciens admettent une cause à ces phénomènes. Seulement là, comme ici, l'illustre professeur de la Faculté de médecine de Paris veut que l'esprit s'arrête comme devant une borne à jamais infranchissable. L'esprit, suivant lui, se perd infailliblement dans les nuages quand, quittant le champ de l'observation purement empirique, il veut, à l'aide de l'imagination ou d'une prétendue logique transcendante, s'élever jusqu'à la compréhension de l'essence des choses.

Dans cette voie de polémique ardente, où notre savant et vénéré confrère semble retrouver la verve de la jeunesse, il rencontre un homme intelligent qui, dans ces derniers temps, a remué profondément les bases de la médecine, et il ne lui ménage pas ses coups ; mais passons sur ces violences de langage qui ne se justifient sous la plume de cet illustre maître, que parce qu'elles ont été provoquées, et finissons en indiquant quelques pages aussi vigoureusement écrites que sagement pensées, et où l'auteur combat le scepticisme en médecine : il y a là une fine ironie qui, s'échappant de la plume d'un médecin qui, jusqu'à la fin d'une longue vie, garda sa foi à la médecine, console de plus d'une défaillance. « Je connais des gens d'esprit, dit-il, qui avouent fermement s'être préservés du choléra avec une ceinture de soie cramoisie ; j'en connais d'autres qui portent trois marrons dans leur poche, pour se préserver de tous maux : ces gens-là ne croient pas à la science ; M. N*** ne

croit pas à la médecine, mais, en revanche, il croit à la moutarde blanche. M. X***, autre incrédule, croit à la médecine Leroy. M. M*** de M*** croit à l'homœopathie; trois grains de sulfate de quinine dans le lac de Genève suffisent pour guérir toutes les fièvres intermittentes présentes et futures. » Si j'ai cité textuellement ces paroles, c'est qu'elles montrent que M. Rostan, à l'inverse de plusieurs, conserve jusque dans sa verte vieillesse une foi inébranlable à la science, que pendant de si longues années il appliqua : s'endormir dans cette pensée, doit être plus doux à l'âme du médecin que de mourir sceptique.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Fièvre typhoïde a forme ataxo-adynamique. — Bons effets des affusions froides. — Le 12 mars 1866, une domestique âgée de vingt-deux ans entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne, n° 13, service de M. le professeur Natalis Guillot, suppléé par M. Bucquoy, agrégé de la Faculté.

Cette femme, d'une constitution robuste et vigoureuse, n'est à Paris que depuis six mois. Il y a huit jours qu'elle se sent mal à l'aise et a perdu l'appétit, mais elle ne garde le lit que depuis deux jours. Depuis cette époque elle a été prise de vomissements bilieux avec fièvre et diarrhée; elle éprouve une grande faiblesse et ne peut se tenir sur ses jambes. Vertiges, bourdonnements et tintements d'oreilles, insomnie complète. Il a fallu l'amener en voiture.

Le 13 mars, à la visite, elle est dans l'état suivant : prostration très-grande, facies hagard, stupide. La malade ne répond aux questions qui lui sont adressées que par des monosyllabes. Les yeux sont injectés, le visage est rouge et congestionné. La peau est sèche et très-chaude ; le pouls fréquent à 120; soif vive; langue saburrale rouge sur les bords et à la pointe ; gargouillement dans la fosse iliaque droite; râles sonores dans les deux poumons; céphalalgie frontale très-pénible. Traitement : limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz.

14 mars. Agitation et délire intense toute la nuit. La malade voulait à chaque instant se lever, il a fallu lui mettre la camisole de force. La fièvre est très-intense, le pouls à 140. Prescription : lavement purgatif, frictions avec le vin aromatique.

15 mars. Les symptômes précédemment notés vont en s'aggra-

vant. Le pouls est à 144, la peau est brûlante; la prostration, ce matin, est extrême, tandis que toute la nuit il y a une agitation excessive avec cris par intervalles. La face est rouge et cyanosée; ballonnement du ventre et météorisme; selles involontaires; râles plus nombreux dans les deux poumons. Deux ou trois taches caractéristiques se sont développées sur les parois abdominales. En présence d'un état si grave dès le début, M. Bucquoy n'hésite pas à recourir aux affusions froides et prescrit d'en faire deux par jour à la malade.

15 mars. Les affusions froides ont été bien supportées. Elles ont été administrées de la façon suivante : la malade est mise dans une baignoire et on lui verse sur toute la surface du corps, en arrosant, un grand seau d'eau froide, puis on l'essuie rapidement, on l'enveloppe dans une couverture de laine et on la reporte dans son lit. Agitation toute la nuit; pouls à 140; diarrhée. Prescription : limonade vineuse; deux affusions froides.

16 mars. Les affusions froides sont prises avec plaisir; la malade les demande. L'état est le même; la nuit est toujours très-agitée; la peau semble moins chaude, moins brûlante; le pouls est à 132. Même traitement.

17 mars. Bien que l'état général soit toujours aussi grave, les phénomènes ataxiques aussi prononcés la nuit, alternant avec de la stupeur pendant le jour, il y a ce matin une légère amélioration qui nous est révélée par l'état de la peau, qui est moins chaude, moins sèche; le pouls a baissé, il est à 116. Il y a toujours de la diarrhée et du météorisme; la langue est sèche, recouverte de fuliginosités. Continuer les affusions froides; bouillons et vin.

18 mars. Même état, même agitation la nuit avec cris, et cependant le pouls est tombé à 104, ce qui est d'un bon augure.

19 mars. La nuit a été calme, il y a du sommeil; la peau est fraîche, nullement chaude, le pouls est tombé à 96. La malade est moins insensible à ce qui l'entoure. Loin de redouter les affusions froides, elle les demande avec instance.

20 mars. Un mieux sensible se reconnaît ce matin à la visite. La malade parle, cause et demande à manger. La nuit a été très-bonne et remplie par un sommeil réparateur. Le pouls est à 88. La diarrhée est moindre.

Dès lors cette femme entre franchement en convalescence, à tel point que six jours après elle part pour l'asile du Vésinet, se levant une bonne partie de la journée et mangeant avec appétit.

Il est bien évident que la cessation des phénomènes ataxiques et

la promptitude de la guérison doivent dans ce cas être attribuées aux affusions froides, car nul autre traitement n'a été employé concurremment.

Il existait chez cette malade un symptôme qui est une des indications principales des affusions froides dans les fièvres, c'est la chaleur et la sécheresse de la peau. C'est en se fondant sur ce signe qu'un médecin allemand, le docteur Terr, a formulé, pour l'emploi des affusions froides, une règle ainsi conçue : La température de la peau doit être en raison inverse de celle de l'eau, de sorte que si la température du malade s'élève au thermomètre à 37 ou 38, il faut employer de l'eau à 25 degrés. Si, au contraire, la température dépasse le chiffre normal et si elle est à 40 ou 41, l'eau doit être froide à 4 ou 5 degrés.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Bons effets très-remarquables du repos dans un cas d'anévrysme de l'aorte. Le repos est un moyen qui n'est jamais négligé dans le traitement de l'anévrysme de l'aorte; mais les auteurs ne le recommandent guère que comme un adjuvant, d'une grande utilité il est vrai. M. Tufnell, de Dublin, lui attribue une beaucoup plus grande importance : il en fait l'agent thérapeutique principal, sinon unique, contre cette grave affection, et il a rapporté des faits qui témoignent de résultats extrêmement avantageux. On peut d'ailleurs trouver dans notre collection des exemples qui déposent dans le même sens (notamment dans le tome LVII); nous y ajoutons le cas suivant que nous empruntons à M. le docteur Waters, médecin à l'hôpital du Nord, à Liverpool.

Le 14 décembre 1864 fut admis dans cet hôpital un ouvrier de quarante-cinq ans, autrefois occupé à de rudes travaux, mais devenu depuis impropre à les continuer par suite d'amputation du bras droit, et employé seulement comme gardien de vaisseaux pendant la nuit. Cet homme, qui avait des habitudes d'intempérance, a été atteint de divers autres accidents ou affections : une fracture de plusieurs côtes du côté droit, un rhumatisme, et en dernier lieu, un an avant l'entrée, une maladie aiguë, caractérisée surtout par une toux violente, sans expectoration sanglante. Vers avril ou mai 1864, il a commencé à éprouver des douleurs lancinantes dans la région sous-claviculaire droite et trois mois après il s'est aperçu de l'existence d'une grosseur pulsative dans le même point, grosseur dont, au rapport du malade, le volume ne semblerait pas s'être beaucoup accru depuis l'époque où il l'a remarquée pour la première fois.

Après l'admission, on constate, au-dessous de la clavicule droite, au niveau du bord inférieur de la seconde côte et un peu en dehors de l'articulation de celle-ci avec son cartilage, une tumeur conoïde, à sommet arrondi, ayant déplacé la côte, paraissant immédiatement sous la peau, et dont la partie visible a environ un pouce et demi de diamètre. Mollesse et fluctuation, pulsation et impulsion sensibles à la vue, diminution de volume par la pression, matité, bruit de souffle très-fort, synchrone à la systole cardiaque; tels sont les autres caractères principaux de la tumeur. En même temps, il y a de la douleur dans la région dorsale, un amaigrissement notable, un faciès anxieux, une toux pénible et fréquente, une dys-

pnée habituelle augmentant (par les mouvements, pas de dysphagie, aucun dérangement des fonctions digestives.

Divers moyens ayant été successivement essayés, sans aucune modification avantageuse : iodure de potassium, application de glace, acétate de plomb. Le traitement par l'immobilité fut commencé le 18 avril 1865, c'est-à-dire après quatre mois de séjour à l'hôpital, et continué rigoureusement, grâce à la docilité du malade, durant onze semaines; en même temps le régime fut réduit à 200 grammes de pain, 90 grammes de viande, et 225 grammes du liquide par jour; un peu de glace était seulement ajouté de temps à autre pour calmer la soif. Sous l'influence de ce traitement, le pouls tomba de 80, 90 pulsations en moyenne à 60 par minute. Au bout de six semaines, la diminution d'élasticité et d'impulsion dans la tumeur démontrait qu'il y avait un commencement de consolidation, et un mois plus tard, c'est-à-dire vers le milieu de juin, il n'y avait aucun doute que ce résultat ne fût acquis. Le malade fut autorisé à se lever, mais gardé à l'hôpital jusqu'au 12 août. A ce moment voici quel était l'état des choses : saillie de la tumeur et étendue de la matité diminuées; pulsation sensible, mais beaucoup moins intense et paraissant plus éloignée, comme donnant à la main la sensation d'une plus grande épaisseur de substance solide interposée; souffle, mais beaucoup plus faible; sensation de fluctuation disparue et ayant fait place à celle d'une masse solide. — Le malade, qui a repris ses occupations de garde de nuit dans les bateaux, a été revu plusieurs fois par M. Waters : la guérison, ou, si l'on veut, l'amélioration obtenue ne s'est pas démentie; le seul changement appréciable depuis la sortie de l'hôpital serait plutôt une diminution plus prononcée de la saillie de la tumeur et des pulsations, avec un accroissement des signes témoignant d'une solidité plus grande. (*British med. Journ.*, 16 déc. 1865.)

Sur l'emploi du laudanum dans les collyres. Le laudanum de Sydenham entre fréquemment dans la composition des collyres; on l'associe à tous les médicaments qui doivent combattre une inflammation oculaire, et il n'est guère d'affection douloureuse de l'œil qui ne soit une fois ou l'autre soignée avec un liquide laudanisé.

Dans la pratique, le laudanum a été associé à tous les astringents employés comme base des collyres : avec le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc, le collyre à la pierre divine, etc., etc., dans le but sans doute de diminuer la douleur causée par le principe actif du médicament. Dans ce cas, comme il y a, en même temps que l'opium qui paraît certes calmer des douleurs, un principe beaucoup plus irritant qui fait immédiatement verser des larmes, le laudanum, une fois l'effet thérapeutique du collyre astringent produit, est chassé de l'œil sans pouvoir être absorbé. Son utilité paraît donc fort contestable, et le collyre, par le fait de la présence de matières organiques, devient sujet à de fréquentes et rapides altérations.

Ainsi donc, dans les collyres astringents, le laudanum n'a pas d'action thérapeutique et il empêche les collyres de se conserver.

Nous retrouverons une association plus étrange du laudanum; dans ce cas, c'est aussi pour diminuer la douleur qu'il est employé : c'est de son accouplement avec l'azotate d'argent que nous voulons parler. Tout à l'heure il était inutile, ici il est dangereux. D'abord il n'a aucun effet thérapeutique, quelle que soit la dose d'azotate; en second lieu, il transforme immédiatement, au contact de la lumière, une partie considérable ou la totalité du sel lunaire, et c'est précisément dans cette réduction qu'est le danger. L'azotate d'argent est employé le plus souvent dans les maladies graves de l'œil, les ophthalmies blennorrhagiques, catarrhales, etc., et alors que, par une médication substitutive énergique, on peut guérir une affection redoutable. Le chirurgien qui a ajouté le laudanum traditionnel n'a plus entre les mains pour guérir le patient qu'une petite fiole d'eau trouble qui ne signifie rien, et par ce fait il est désarmé; la maladie marche et semble si terrible que l'azotate d argent reste impuissant.

Ne serait-ce pas là un des motifs qui ont fait élever à des doses impossibles l'azotate d'argent dans certains collyres qui sont loin d'être sans danger?

Concluons que l'action du laudanum, comme calmant, associé à un astringent ou à un substitutif, est inutile, sinon dangereuse.

Étudions maintenant l'action isolée du laudanum en collyre. Si la solution est très-étendue, 1/100 par exemple,

il n'y aura que bien peu de laudanum absorbé, et son action serait bien limitée, si tant est qu'il en produisît. A une dose plus élevée, 1/15 ou 1/10, il devient un excitant très-marqué de l'œil, il fait couler les larmes abondamment.

Enfin, à la dose 1/4, c'est un des meilleurs excitants de l'œil, non à cause de l'opium, mais à cause du vin qu'il contient; il peut alors être employé dans ces kératites dites primitives où la réaction de la maladie cornéenne ne se fait pas même sentir à sa proche voisine, la conjonctive.

Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'à faible dose l'opium agit peut être, mais qu'à partir de 1/15 il devient excitant par le vin; il remplace les collyres à l'alcool, le calomel en insufflations, et rend les mêmes services qu'eux et dans les mêmes conditions. L'opium du laudanum ne peut pas être absorbé.

Pour conclure, le laudanum, qui a été si souvent employé dans les maladies des yeux, n'agit jamais par une action propre à l'opium. On n'introduira jamais un nombre suffisant de gouttes d'un collyre à 1/100 ou à 1/50 pour calmer une vive douleur oculaire; on fera un lavage de la conjonctive, mais voilà tout; l'endosmose ne sera jamais assez rapide pour qu'on obtienne un résultat. Il n'agit que comme irritant par l'alcool qu'il contient; il peut se remplacer par un collyre contenant de l'alcool ou toute autre substance irritante. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Emploi du silicate hydraté de magnésie comme succédané du sous-nitrate de bismuth. Un médecin distingué de Laval, M. Garraud, ancien interne des hôpitaux, frappé du prix énorme du sous-nitrate de bismuth, quelquefois de son inefficacité, plus rarement de ses inconvénients, parce que, comme toujours, l'élévation du prix n'a pas tardé à amener la fraude et les falsifications, eut l'idée de substituer au sel de bismuth une substance d'aspect assez analogue, comme lui insipide, insoluble et très-commune dans la contrée qu'habite ce praticien recommandable, aux prises alors avec des diarrhées cholériformes, épidémiques et très-tenaces.

Cette substance n'est autre que la matière avec laquelle on fabrique les pipes dites *d'écume de mer* ; en langage scientifique *silicate de magnésie hydraté*, probablement silicate de magnésie et de chaux; mais l'analyse n'en a point encore été faite.

Toujours est-il que l'on réduit cette substance en poudre fine; qu'ainsi convenablement préparée, elle est livrée par M. Grassi au prix d'*un centime le gramme*, ce qui relativement est d'un bon marché fabuleux.

M. Trousseau, toujours en avant quand il s'agit de progrès utile, a donné la poudre préparée par M. Grassi, tout comme il donnait le sous-nitrate de bismuth, à la dose de 4, 8, 10 grammes par jour, suspendue dans de l'eau, et les nombreux diarrhéiques auxquels le nouveau et très-inoffensif médicament a été administré, ont vu rapidement diminuer le flux intestinal.

L'expérience va nous apprendre si cette poudre, qui n'agit sans doute, comme son aînée, que par sa propriété absorbante, doit la remplacer dans tous ses usages : lavements, injections urétrales, insufflations sèches dans les ophthalmies purulentes, etc. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Traitement des granulations conjonctivales par la compression. M. Stokes a eu l'idée de chercher à faire disparaître les granulations conjonctivales de l'ophthalmie dite granuleuse, non en les comprimant contre la surface de la cornée au moyen de compresses appliquées sur les paupières, mais en saisissant les paupières elles-mêmes entre les deux mors d'un appareil spécial.

Cet appareil se compose d'une petite plaque d'ivoire courbée suivant la forme de la cornée et reliée à une autre plaque, parallèle et de même forme, au moyen d'une monture d'or. Une des plaques est introduite entre l'œil et la paupière, sa face convexe répondant à la muqueuse palpébrale; la seconde plaque est placée sur la face cutanée de la paupière; elle peut se rapprocher plus ou moins de l'autre, et par conséquent serrer plus ou moins la paupière, saisie entre elles deux, au moyen d'une vis et d'un écrou. L'appareil est laissé en place une ou deux heures par jour.

Le moyen paraîtra, sans nul doute, assez singulier; quant aux résultats, ils sont loin d'être probants. La première malade parut à M. Stokes « un cas amené à une terminaison heu-

reuse, » mais à la fin de la septième semaine.

La seconde malade voulut quitter l'hôpital après trois semaines. « L'amélioration était certainement très-grande et prouvait, mieux même que dans le cas précédent, *combien l'instrument est facilement supporté.* »

Le troisième malade, après deux mois, ne montre qu'une amélioration très-marquée.

De nouvelles observations plus concluantes montreront peut-être les avantages d'un nouveau procédé auquel, *à priori*, nous ne trouvons guère que des inconvénients. (*Dublin Quarterly journal*, janvier 1866.)

Anévrysme de l'artère radiale guéri par la compression digitale. L'anévrysme s'était développé à la suite d'une plaie de la radiale, au niveau du premier espace intermétacarpien. La plaie, faite accidentellement avec un canif, n'avait entamé l'artère que très-superficiellement ; elle avait cependant donné lieu à une hémorragie très-abondante, au point d'amener une syncope. On s'était rendu maître sans difficulté de l'écoulement du sang, et la plaie s'était cicatrisée rapidement ; mais l'anévrysme se développa en moins d'une semaine sous forme d'une tumeur pulsatile du volume d'un œuf de pigeon. Le traitement par la compression digitale fut employé six semaines plus tard ; on l'exerça à la fois sur les artères cubitale et radiale, et par moments également sur la brachiale. Les personnes chargées de la compression se relayaient de dix minutes en dix minutes. Au bout de douze heures, la consolidation était complète. M. von Pitha pense, du reste, qu'on aurait pu utilement suspendre la compression quatre heures plus tôt, et éviter ainsi les ecchymoses et l'œdème, qui se montrèrent à l'avant-bras le surlendemain de la compression.

Le malade a été présenté par le professeur von Pitha, après guérison, à la Société de médecine de Vienne, le 12 janvier dernier. Le fait en lui-même n'a d'ailleurs rien de particulièrement remarquable ; mais il emprunte un intérêt spécial à cette circonstance, que M. von Pitha s'était refusé jusqu'alors à accepter la compression digitale. La situation de ce chirurgien en Allemagne est assez élevée pour qu'il soit permis de prendre acte de sa conversion comme d'un petit événement. (*Gaz. hebd.*)

La cure aux raisins ou ampélothérapie. La cure aux raisins est quelque chose de très-analogue aux cures d'eaux minérales. Le raisin, comme l'eau minérale, se prend sur place, autant que possible, et se mange à la cueillette, comme l'eau se boit à la source. Cette cure consiste à manger le raisin en quantités beaucoup plus considérables qu'on ne le fait sur nos tables, et qui varient de 2 à 3 kilogrammes en moyenne par jour, et 5 ou même 6, ces dernières étant tout à fait exceptionnelles. La composition chimique du raisin rend très-bien compte des propriétés de ce fruit.

Voici la façon dont doit être conduite une cure au raisin, telle que l'a formulée M. Herpin, de Metz. On débute par 500 grammes à 1 kilogramme. On augmente chaque jour de 100 à 200 grammes, suivant la durée de la cure, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 2 ou 3 kilogrammes par jour, dose qu'on dépasse rarement. On peut toutefois l'augmenter sans inconvénient, pourvu que le raisin soit mangé avec appétit. Il en est qui arrivent à 6 kilogrammes par jour.

La quantité quotidienne de raisin se partage d'ordinaire en trois repas, quelquefois en quatre ou cinq. Le repas des raisins doit précéder au moins d'une demi-heure le repas ordinaire.

Il faut avoir soin de rejeter l'écorce et le pepin, hormis qu'on veuille produire un effet laxatif. Le raisin est mal mangé au lit, où il excite la transpiration. C'est en se promenant qu'il faut le manger, à moins qu'il n'y ait des contre-indications du côté de l'atmosphère ou de la nature de la maladie, telle que serait la phthisie, par exemple.

En même temps, à moins de convalescence, le régime alimentaire sera frugal et peu abondant, de sorte que la cure aux raisins peut être considérée comme une sorte de succédané du *cura famis*, ou cure par l'abstinence, genre de médication autrefois employé avec succès pour amener la résorption des produits anormaux de l'économie, dans les engorgements et les hypertrophies.

La cure par le raisin peut commencer dès que ce fruit est entré en maturité, c'est-à-dire, suivant les climats et les expositions, depuis le milieu d'août jusqu'au mois d'octobre. La durée d'une saison est de trois à

six semaines, et même plus. Il vaut mieux prolonger la durée de la cure que de la raccourcir en ingurgitant de grandes masses de raisins.

La cure aux raisins peut se faire partout où il y a des vignes appropriées à cette destination. On a néanmoins créé des établissements où cette cure s'opère en grand. Ce sont Darkheem, dans la Bavière rhénane; Glenwiler, près Landau; Kreuznach, Rudesheim, et la plupart des vignobles des bords du Rhin; Vevey, Montreux, etc., sur les bords du lac de Genève, où l'on peut manger le raisin de la mi-août à la mi-octobre.

Cette cure convient surtout aux névroses et aux maladies chroniques.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Vomissements incoercibles dans la grossesse; avortement provoqué. Une femme enceinte de cinq mois fut prise d'une métrite suraiguë. Traitée à la Maison de santé, les accidents aigus furent enrayés peu à peu, mais les vomissements qui avaient accompagné la métrite persistèrent, et prirent un caractère très grave d'incoercibilité. La malade vomissait les liquides comme les solides et tous les moyens employés en pareil cas échouèrent. Cet état se prolongeant, la malade s'affaiblissait et maigrissait sensiblement, malgré les lavements de bouillon et de vin.

Six semaines après le début des accidents, cette femme était dans le dernier degré de marasme. Pendant ce temps, l'utérus avait cessé de se développer, et l'on ne percevait plus les battements du cœur du fœtus. C'est alors que l'opération de l'avortement fut pratiquée par M. Tarnier. L'appareil que ce chirurgien a imaginé resta en place pendant vingt-six heures sans douleur, et ce n'est que le lendemain que, la dilatation du col étant complète, l'accouchement eut lieu. Le fœtus, âgé de cinq mois, était putréfié, et sa mort paraissait remonter à cinq semaines.

Les vomissements, qui avaient persisté jusqu'au moment de l'expulsion, cessèrent tout à coup, et la malade put supporter des potages, des jus de viandes et du vin. Son état s'améliora, le pouls devint plus ferme.

Malheureusement, deux jours après, survint un état adynamique des plus graves, auquel se joignit bientôt un délire tranquille, et la malade succomba neuf jours après la délivrance, quarante-sept jours après le début des accidents.

L'autopsie révéla les lésions caractéristiques de la métrite gangréneuse.

Cette observation, ajoute l'auteur, M. Bourdon, est remarquable vu l'époque à laquelle sont survenus les vomissements. En effet, les vomissements se montrent, le plus souvent, dans les premiers ou les derniers mois de la gestation De plus, ces vomissements sont survenus après la mort du fœtus. Ces anomalies tiennent à ce que les vomissements avaient pour cause, à la fois, la gestation et la métrite. La preuve en est que les vomissements ont cessé aussitôt après l'avortement, et qu'ils ne se sont pas reproduits quoiqu'il soit survenu de nouveau une métrite Ce fait s'ajoute à ceux tirés des statistiques de M. Guéniot pour peser encore plus en faveur de l'avortement comme moyen de guérison des vomissements. (*Société médicale des hôpitaux.*)

Hygiène des Maternités. Voici les conclusions adoptées par la Société de chirurgie sur cette question :

I. — La statistique démontre aujourd'hui cette vérité incontestable, que les maladies puerpérales sont beaucoup plus fréquentes et la mortalité beaucoup plus élevée dans les Maternités et les services spéciaux d'accouchement que partout ailleurs.

La constance ou la reproduction des mêmes faits dans tous les établissements et dans tous les pays prouve l'intervention d'une influence partout identique : l'hôpital.

Il est donc opportun de développer et d'étendre autant que possible le service gratuit des accouchements à domicile, pour pouvoir restreindre d'abord et supprimer par la suite le service des Maternités.

II. — A l'hôpital, le surcroît de la mortalité qui présente quelquefois une intensité exceptionnelle, désignée habituellement sous le nom d'épidémie, est dû à l'influence presque exclusive de deux éléments : l'imprégnation ou infection hospitalière et la contagiosité des maladies puerpérales.

Ces manifestations de l'influence hospitalière expliquent pourquoi des Maternités d'ailleurs bien situées et

bien disposées peuvent néanmoins être le théâtre de mortalités élevées et parfois extrêmes.

III. — Outre les conditions générales d'hygiène applicables à tous les hôpitaux, et résumées dans les conclusions adoptées par la Société impériale de chirurgie (séance du 14 décembre 1864), la prophylaxie des maladies puerpérales et de la mortalité qui en résulte dans les Maternités doit reposer sur les mesures à prendre contre l'infection et la contagion.

IV. — Pour combattre l'infection, une constante et sévère propreté est indispensable. Après que chacun des lits d'une salle aura été occupé par une accouchée, cette salle sera soumise au repos, à une large aération et à une purification complète de tout le matériel, meubles et immeubles, purification dont le lavage fera la base.

V. — Pour lutter contre la contagion toujours possible et toujours imminente dans les hôpitaux, il faut sinon des chambres séparées pour chaque accouchée saine, au moins des salles bien disposées pour l'aération, sans communication directe les unes avec les autres, et contenant quatre lits au plus.

VI — Toute accouchée malade devra être immédiatement séparée des accouchées saines, et transportée dans une infirmerie qui occupera un bâtiment isolé. Cette infirmerie, composée de chambres séparées, destinées à une seule malade, sera desservie par un personnel distinct de celui de la Maternité.

VII. — Si, malgré les précautions prises, l'infection hospitalière et la contagion menacent d'étendre leurs ravages sur une Maternité, il faut l'évacuer au plus vite, et soumettre tout l'établissement à un assainissement général. Les menaces d'invasion ne pouvant être appréciées que par les médecins, et l'évacuation devant être opérée à court délai pour être efficace (c'est-à-dire pour limiter le nombre des décès), il serait à désirer que l'application de cette mesure rentrât dans les attributions médicales.

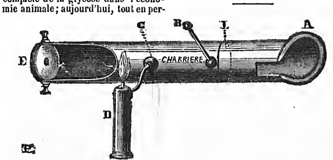
VIII. — Dans les villes où les Maternités ne peuvent pas encore être supprimées, celles-ci doivent, pour réaliser toutes les conditions d'aménagement et d'organisation indiquées, être de petits établissements; exposées d'ailleurs à des évacuations plus ou moins fréquentes, elles doivent être suffisamment nombreuses pour assurer le service des secours. (*Soc. de chir.*)

Nouvelle théorie du diabète sucré. M. Mialhe est d'avis que les sécrétions sont uniquement sous la dépendance du système nerveux; que le rôle des nerfs sur les glandes est tout à fait analogue à l'action chimique que le courant de la pile exerce sur elles, ainsi que beaucoup de physiologistes l'ont avancé avant lui. Il n'est donc pas exact de croire, comme on semble vouloir l'admettre aujourd'hui, « que la sécrétion est toujours uniquement ou principalement un travail d'élimination; que d'ordinaire la glande trouve dans le sang qui baigne l'une de ces surfaces, ou qui traverse sa substance, toutes les matières dont se compose l'humeur qu'elle évacue par sa surface opposée.» Selon M. Mialhe, dans toute sécrétion le liquide sécrété diffère chimiquement de celui dont il dérive; seulement la différence chimique du liquide qui subit l'action de la glande et du liquide sécrété, qui est le résultat de cette action, n'est pas toujours également marquée. Le minimum de différence chimique entre ces deux espèces de liquide a lieu dans les appareils sécréteurs excrémentitiels proprement dits, tels que les reins. Ici, l'appareil sécréteur puise tout formés dans le sang la plupart des principes constituants de l'urine : sels minéraux, urée, acide urique et autres produits ultimes de l'oxydation vitale; ce qui fait que, au premier abord, on serait tenté de croire, avec quelques physiologistes, que toutes les substances qui entrent dans la composition du liquide urinaire existent en nature dans le sang. Il n'en est pourtant pas ainsi. En examinant plus attentivement cette question, on ne tarde pas à se convaincre que la sécrétion de l'urine ne consiste pas seulement dans le passage direct des principes du sang à travers les glandes rénales; de véritables réactions chimiques ont lieu pendant ce passage; c'est ainsi que, chez les carnivores, l'acide urique des urates contenus dans le sang est mis en liberté; que les phosphates alcalins et terreux, neutres ou même basiques, passent à l'état de phosphates acides, etc.; en un mot, par suite de l'intervention nerveuse, un liquide alcalin donne lieu à une excrétion acide.

Dans les sécrétions proprement dites, c'est-à-dire les sécrétions sécrémentitielles, le foie, par exemple, la différence chimique du liquide où puise l'appareil sécréteur et du liquide

sécrété est bien plus grande : outre que des phénomènes chimiques de la nature des précédents y ont lieu, il en est d'autres, d'un ordre purement physiologique, qui s'y développent sous l'influence de certains ferments, en tout semblables aux ferments digestifs ; si bien que les fonctions élaboratrices que les glandes font subir aux matières organiques du sang, pour les rendre aptes à remplir l'action physiologique qui leur a été dévolue, ne sont, en réalité, que des métamorphoses digestives spéciales.

Ses recherches sur l'influence du système nerveux dans les sécrétions, qu'il vient de mentionner, l'ont conduit à envisager l'affection diabétique sous un jour tout nouveau. Jusqu'ici, il avait cru que le diabète sucré ou glycosurie était uniquement dû à un défaut d'alcalinité suffisante du sang, rendant impossible la destruction complète de la glycose dans l'économie animale ; aujourd'hui, tout en persistant à croire que c'est uniquement par l'intervention des alcalis du sang que la glycose et ses congénères se décomposent, s'oxydent, brûlent et deviennent de véritables éléments calorifiques, opinion qui a reçu la sanction de deux des plus grandes autorités scientifiques modernes, Lehman et M. Liebig, il pense que la cause première de la glycosurie ne réside pas tout entière dans une composition anormale du sang, mais bien dans une affection essentiellement nerveuse ainsi que le professe M. Claude Bernard ; seulement son opinion diffère de celle de ce savant, en ce que, pour lui, l'affection nerveuse n'est pas limitée au nerf pneumo-gastrique : c'est une névrose générale. Le diabète est donc une névropathie chronique affectant tous les nerfs qui président aux sécrétions. (*Acad. de médecine*, 1er mai 1866.)



Perfectionnement de l'ophthalmoscope. L'ophthalmoscope de M. Galezowski offre un avantage qu'on ne peut contester : c'est d'être portatif, de ne pas exiger de chambre noire, et de pouvoir être appliqué au lit du malade en plein jour ; mais il avait néanmoins une imperfection qu'il partageait d'ailleurs avec les autres ophthalmoscopes usités ; il fallait combiner son action avec celle d'une lampe placée sur la table ou le lit du malade, et dont la lumière devait tomber sur le miroir réflecteur mobile destiné à le projeter dans le tube de l'instrument ; il en résultait des tâtonnements dans la pratique capables de détourner les praticiens de son emploi. Avant d'arriver dans l'action de l'axe de l'ophthalmoscope, la lumière destinée à éclairer l'œil à examiner était projetée en divers sens ; il en résultait une perte de temps regrettable.

M. le professeur Laugier a eu l'idée, exécutée par M. Charrière, de faire adapter au corps de l'ophthalmoscope une espèce de bougeoir, de telle sorte que la flamme de la bougie reste constamment dans le même rapport avec le miroir réflecteur, toujours incliné sous le même angle vers la lumière et le corps du tube.

La bougie allumée, et le tube de l'ophthalmoscope placé sur l'œil, qu'il embrasse, la lumière tombe infailliblement sur le miroir, et est renvoyée à l'œil que l'on veut explorer, et auquel on fait donner une direction convenable. Cette modification d'un bougeoir fixe adapté à l'instrument dans les conditions indiquées plus haut, aura certainement pour effet de rendre l'emploi de l'ophthalmoscope de M. Galezowski plus facile et plus répandu. (*Académie de médecine*, 22 mai 1866.)

VARIÉTÉS.

Recherches sur le genre de mort de J.-J. Rousseau (1),

Par M. le docteur Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Le marquis, qui paraît tout plein de la lecture de la *Nouvelle Héloïse* et de l'*Emile*, en donne ici un nouveau chapitre; il nous montre Rousseau, errant dans ces beaux lieux, « *tantôt*, dit-il, *au gré de la nature*, tantôt au gré de sa fantaisie, et quelquefois au gré du hasard. Les rochers, les sapins, les genévriers, lui remettaient en mémoire les heureux rivages de *Vevay* et les rochers *amoureux* de *Meilleraie*. » (Jusqu'aux rochers qui étaient amoureux!) Voilà pour la matinée: « Après son dîner, reprend le marquis, Rousseau venait dans un petit verger semblable à celui de *Clarens* (toujours la *Nouvelle Héloïse*), il s'asseyait sur un banc pour y donner aux poissons et aux oiseaux leur dîner, etc..., et puis il s'écriait: « Ah! je trouve ici les jardins de *ma Julie!* » A quoi le marquis répondait: « Oui, *mais vous n'y serez pas avec elle*, ni avec Wolmar. » Et vous voyez tout ce que le marquis avait obtenu de Rousseau, il le faisait figurer à sa table, il lui faisait promener son jeune fils, et donner des leçons de musique à sa fille. Je viens de le dire, c'était un enchantement perpétuel; les jours de Rousseau étaient filés d'or et de soie. « Il ne mesurait le temps, dit le marquis, que par une succession d'heures *heureuses* et non diversifiées. Il n'avait que des amusements doux, et son *unique exercice* (*sic*) était de ramasser des fleurs, de rêver dans les bocages, il savourait sa chère nature qu'il adorait, etc. »

Mais toutes ces fadaises devaient avoir un terme; un cruel désappointement allait, au bout de six semaines, je ne dirai pas ouvrir les yeux du marquis, mais le frapper du plus profond étonnement. Au milieu de ce bonheur sans nuage, de cette félicité qui, suivant lui, n'avait pas de bornes, on vient tout à coup lui annoncer que Rousseau est mourant, que Rousseau touche à sa dernière heure. Que s'était-il donc passé? Qu'était-il donc survenu? Comment se fait-il que cet homme si heureux tout à l'heure, qui, la veille encore, *savourait sa chère nature*, qui, le matin même, avait été saluer le soleil et herboriser, se trouvait à l'agonie et allait mourir?

C'était là ce que ne pouvait comprendre le marquis, et on le conçoit; personne ne s'était trouvé là pour lui dire: « Prenez garde, cet homme que vous croyez ainsi combler de bienfaits, dont vous croyez faire le bonheur, est un esprit fier, soupçonneux, défiant, ombrageux, malade enfin; en vous emparant ainsi de sa personne, vous l'obsédez, vous l'accablez; vous êtes heureux de le posséder, et il est malheureux d'être possédé; vous êtes fier de l'avoir à votre table, il est humilié de s'y trouver; vous lui envoyez des provisions, vous lui faites des cadeaux, il en est profondément blessé. Vous croyez qu'en s'enfonçant ainsi dans la solitude il savoure la nature: il fuit les hommes, il vous fuit vous-même; vous croyez que, assis sur le bord de l'eau, il s'amuse à nourrir les poissons, il se creuse la tête pour déjouer les prétendus complots de ses ennemis; vous le croyez tout à ses souvenirs de Clarens, de Vevay, de Julie; il ne veut plus même qu'on lui parle de ses ouvrages. Une seule personne est enchantée

(1) Suite. Voir la dernière livraison, p. 472.

de cette vie, c'est cette Thérèse Levasseur, qui s'est entendue avec vous pour l'amener ici. »

Le Bègue de Presle, qui de temps à autre visitait Rousseau, aurait pu peut-être ouvrir les yeux du marquis ; il n'essayait même pas, il le laissait dans ces illusions. Mais, à Paris, Le Bègue de Presle ne cachait pas la vérité ; il avait trouvé Rousseau tout aussi tourmenté, tout aussi malade qu'en d'autres temps. On lit dans la correspondance de Grimm (juillet 1778) que Le Bègue de Presle, dans un de ses voyages, ayant trouvé Rousseau remontant péniblement de sa cave, lui avait demandé pourquoi, à son âge, il ne confiait pas ce soin à madame Rousseau : « *Que voulez-vous*, répondit Rousseau, *quand elle y va, elle y reste!* » Mais cette Thérèse allait avoir bien d'autres torts envers Rousseau, j'y reviendrai tout à l'heure ; je reprends l'histoire de cet infortuné, pour la mettre en opposition avec le roman du marquis.

Ceux qui connaissaient Rousseau, ceux qu'il aurait pu considérer comme ses vrais amis, étaient pleins d'inquiétude à son sujet, d'autant plus que, sauf quelques indiscrétions de Le Bègue de Presle, ils ne recevaient de lui aucune nouvelle ; la plupart ignoraient quel était même le lieu où il s'était retiré, Thérèse leur en avait fait un mystère ; deux ou trois personnes tout au plus avaient pu pénétrer jusqu'à lui : un Génevois, dont le nom est resté inconnu, très-lié avec Mme de Stael, et un jeune chevalier de Malte, nommé Flamanville. Je reviendrai tout à l'heure sur les confidences du Génevois à Mme de Stael. Le chevalier de Flamanville avait donc pu visiter Rousseau : « Sa tête travaille, dit-il à Corancez, il est en quête d'un autre asile. » Corancez n'en fut pas surpris, mais il ne croyait pas Rousseau aussi profondément désespéré. Obsédé et circonvenu de toutes parts à Ermenonville, poursuivi de craintes continuelles, se défiant même de Thérèse qui ne partageait plus ses idées, Rousseau avait confié au papier ce qu'on pourrait appeler ses dernières lamentations ; il avait fait une peinture déplorable de sa situation. Cet écrit, donné à Flamanville, est daté du mois de juin 1778 ; on l'a imprimé et réimprimé depuis la mort de Rousseau ; Corancez l'a reproduit dans ses lettres. Rousseau y demande qu'on lui trouve un dernier asile, un dernier refuge, même dans un hôpital ; et comme il n'avait pas encore eu connaissance de l'odieuse conduite de sa Thérèse, il associe toujours son sort au sien.

« Il ne nous reste, dit-il, dans les infirmités et l'abandon, qu'un seul moyen de soutenir nos vieux jours, c'est de trouver quelque asile où nous puissions subsister à nos frais. Du reste, ajoute-t-il, de quelque façon qu'on me traite, qu'on me tienne en clôture formelle, ou en apparente liberté, dans un hôpital ou dans un désert, avec des gens doux ou durs, faux ou francs, si de ceux-ci il en est encore, je consens à tout, etc., etc. » Ce qui suit est dans le même ton ; il demande le couvert, le vêtement le plus simple, la nourriture la plus sobre. Et notez, comme caractéristique, que ce cerveau plus malade que jamais ne veut rien devoir à personne : pour obtenir ce qu'il vient de demander, il donnera, dit-il, tout ce qu'il peut avoir d'argent, d'effets, de rentes. Voilà quelle était la situation morale de J.-J. Rousseau à Ermenonville, voilà quel était le cours de ses sentiments ; en d'autres termes, à quel degré de mélancolie il était arrivé. Lui-même semblait parfois avoir conscience de cet état et comprendre que personne ne voudrait croire à de pareilles infortunes. On trouve au bas de ces pages une note conçue en ces termes : « Mon inconcevable situation dont personne n'a idée, pas même ceux qui m'y ont réduit, me force d'entrer dans ces détails. » Et, en effet, ceux qui l'avaient conduit à Ermenonville et

qui l'y détenaient étaient, qu'on me passe le terme, à cent lieues de croire à un pareil état moral ; il faut toutefois en excepter sa Thérèse, qui savait parfaitement à quoi s'en tenir ; elle écrira elle-même plus tard à Corancez que Rousseau lui avait exprimé le désir de quitter Ermenonville et de retourner à Paris : « Peu de temps, dit-elle, après l'arrivée de mon mari à Ermenonville, ce séjour lui inspira des craintes : il m'en fit part pour me convaincre de la nécessité de son retour à Paris ; toutes peu fondées qu'elles me parurent (je verse des larmes lorsque j'y pense), non, je ne me pardonnerai jamais de m'être opiniâtrée à rester à Ermenonville, et les instances de M. de Girardin, qui *s'est plusieurs fois agenouillé devant moi* pour que je ne consentisse pas à revenir à Paris, ni la dépense énorme que notre déplacement nous avait coûté et qu'il fallait recommencer, n'ont été à mes yeux, depuis sa mort, que de faibles excuses (¹). »

Tout en faisant ici la part de l'hypocrisie et du mensonge, chez cette femme, il y a ici un fait vrai, c'est que Rousseau, à peine arrivé à Ermenonville, y fut repris de ses craintes ordinaires et qu'il voulait revenir à Paris. Que le marquis de Girardin, si heureux de posséder Rousseau, ait appris avec peine son projet de revenir à Paris, cela se conçoit ; mais qu'il se soit plusieurs fois agenouillé devant cette femme, c'est là une ridicule invention, un mensonge, comme les larmes qu'elle versait en y songeant.

Un second fait est encore vrai, c'est qu'elle *s'est opiniâtrée à rester à Ermenonville*, l'expression n'est pas trop forte ; mais elle avait pour cela un bien autre motif que les prétendues instances du marquis de Girardin et la crainte de nouvelles dépenses ; ce motif, c'est Mme de Stael qui nous l'a fait connaître.

Cette Thérèse que Rousseau avait trouvée remplissant les fonctions d'ouvrière dans un méchant hôtel du pays latin, cette Thérèse dont il avait fait la compagne de sa vie, qui, seule au monde, disait-il, lui rendait la vie supportable, cette Thérèse venait de le traiter indignement. « Peu de temps avant sa mort, dit Mme de Stael, Rousseau s'était aperçu des viles inclinations de Thérèse pour un homme de l'état le plus bas ; il parut accablé de cette découverte, et resta huit heures de suite sur le bord de l'eau dans une méditation profonde. »

Mme de Stael tenait ces détails du Génevois dont j'ai parlé, et qui était resté en correspondance avec Rousseau jusqu'au dernier moment.

« Si l'on réunit ces détails, dit Mme de Stael, à la tristesse habituelle de Rousseau, à l'accroissement extraordinaire de ses terreurs et de ses défiances, il n'est plus possible de douter que ce grand et malheureux homme n'ait terminé volontairement sa vie. »

Cette révélation eut trop de retentissement pour rester sans réponse ; le fils et la fille du marquis de Girardin, le comte Stanislas et la comtesse de Vassy, se récrièrent sur ce qu'ils appelaient une absurde supposition, et ils n'ont pas craint de prendre la défense de Thérèse.

« Rousseau, dit la comtesse de Vassy, ne pouvait être instruit de l'infidélité de sa femme, *ou du moins de la personne à laquelle il avait accordé la grâce d'en porter le nom* (je souligne ces mots, car la comtesse de Vassy est la seule qui ait mis cette réserve et cette convenance dans la désignation de cette

(¹) *Lettre à Corancez*. Paris, an VI.

créature), puisque ce n'est que plus d'un après sa mort qu'elle a eu des torts assez graves pour ne plus pouvoir rester à Ermenonville [1]. »

Ainsi, tout se réduit à une question de temps ; Thérèse a été chassée d'Ermenonville, tant ses relations avec le cocher du marquis de Girardin étaient devenues scandaleuses. Et qui vous dit que Rousseau n'en avait pas eu connaissance? Attendez, répond à son tour le comte Stanislas de Girardin, tout cela n'est qu'illusion de la part de Mme de Stael, et cette illusion se serait dissipée, si Mme de Stael avait voulu s'avouer que « Rousseau avait alors soixante-six ans, sa femme plus de soixante, et l'homme de l'état le plus bas pour lequel on lui supposait de viles inclinations, cinquante et tant; or, lorsqu'il faut placer l'amour et la jalousie dans un pareil cadre, on voit qu'il ne peut nullement leur convenir. »

« Ces réflexions, poursuit le comte Stanislas, n'ont pas été faites sans doute par Mme de Stael, elles eussent été plus que suffisantes pour lui faire sentir combien était ridicule le motif qu'elle s'efforce de donner à la mort de Rousseau. » Ce qu'il faut croire ici, c'est que le comte de Girardin n'avait pas lu lui-même le récit de l'arrivée de Thérèse à Ermenonville écrit par son père, car il y aurait trouvé des raisons plus que suffisantes pour justifier la supposition de Mme de Stael ; voici les propres paroles du marquis :

« Rousseau, arrivé à Ermenonville quelques jours avant Thérèse, l'attendait d'heure en heure. Si vous eussiez vu, dit le marquis, la joie de cet homme lorsqu'il l'entendit arriver ! .. Nous étions à table, nous nous levâmes afin qu'il pût se lever lui-même en toute liberté, il courut au-devant d'elle, l'embrassa avec la plus grande effusion de tendresse et de larmes. »

« Les sentiments de cet homme extraordinaire, poursuit le marquis, étaient exaltés en tous points au delà de ceux des hommes ordinaires; il aimait le genre humain comme ses amis, ses amis comme sa femme, *sa femme comme sa maîtresse*, de sorte que si le moindre sentiment chez lui était un amour, il n'est pas étonnant que le moindre soupçon de haine ou de trahison fût pour lui le même supplice que la jalousie pour un amant. »

Voilà ce que le comte Stanislas aurait dû lire avant de taxer de ridicule la supposition de Mme de Stael. Sans doute il y a beaucoup d'exagération dans cette appréciation de Rousseau ; il n'était pas tout amour comme le croit le bon marquis, il fuyait au contraire et détestait les hommes, il les croyait faux, haineux, méchants ; il ne croyait plus à l'amitié, mais il avait pour Thérèse l'attachement de certains vieillards d'un esprit d'ailleurs distingué, supérieur même, pour des femmes indignes d'eux. Mais deux choses résultent des aveux de la famille de Girardin, c'est que Rousseau ne pouvait se passer de Thérèse, qu'il lui était profondément attaché; d'autre part, qu'en effet cette femme avait des relations avec un laquais, et que Rousseau en avait eu connaissance. Voilà ce qui ressort de tous les témoignages contemporains. Mais maintenant qu'au roman sentimental du marquis de Girardin nous avons substitué l'histoire, nous arrivons à cette fatale journée du 2 juillet 1778, fatale, dis-je, et tout à fait imprévue dans la famille du marquis de Girardin.

Il faut faire deux parts dans le récit des incidents de cette funeste journée; nous aurons d'abord à mentionner ce qui s'est passé devant témoins, alors que Rousseau était encore accessible, et à dire ensuite ce qui a pu se passer, ou si

---

(1) *Loc. cit.*, p. 20.

l'on veut ce qui a *dû* se passer lorsque Rousseau n'eut plus d'autre témoin que Thérèse. Chacun est à peu près d'accord sur les premiers faits : « Le mercredi 2 juillet, dit le marquis, Rousseau se leva comme à son ordinaire, alla se promener au soleil levant et revint prendre son café *avec sa femme* (1). » Suivant Corancez, Rousseau alla herboriser dans sa promenade du matin, et il en avait rapporté des plantes qu'il avait préparées et infusées dans la tasse de café qu'il avait prise, il n'ajoute pas : avec sa femme. Corancez, que le marquis avait toujours accompagné, ne tenait pas ces détails des gens de la maison, mais son beau-père les avait appris sur les lieux, le jour même de la mort de Rousseau.

Moins réservée que son mari, la marquise de Girardin raconta à Corancez, « qu'effrayée de la situation de Rousseau, elle s'était présentée chez lui et y était entrée. — *Que venez-vous faire ici?* lui dit Rousseau, *votre sensibilité doit-elle être à l'épreuve d'une scène pareille et de la catastrophe qui doit la terminer?* Il la conjura de le laisser seul et de se retirer. Elle sortit en effet ; à peine avait-elle le pied hors de la chambre qu'elle entendit fermer les verrous, ce qui l'empêcha, dit-elle, de s'y représenter (2). » Il est évident que tout le suicide est là. Rousseau va mettre fin à ses jours, et ne veut pas être troublé. Qu'on me cite à moi, médecin, une maladie qui se dénonce ainsi, qui débute par de semblables symptômes; une maladie telle, que le patient sait qu'il va mourir, qui ne réclame aucun secours, et qui ne veut d'autre témoin que sa ménagère, parce qu'il ne peut s'en débarrasser.

Le marquis ne fait aucune difficulté d'avouer que sa femme s'empressa, en effet, vers neuf heures du matin, d'aller trouver Rousseau qu'on disait très-souffrant, et qu'elle fut tout aussitôt congédiée ; il varie seulement sur les termes : Rousseau aurait dit à la marquise : « Vous m'obligeriez, madame, et pour vous et pour moi, si vous vouliez vous retirer. »

Maintenant, quelles étaient les souffrances accusées par Rousseau, quels étaient les symptômes de cette étrange maladie, qui fait que les patients, sachant qu'ils vont mourir, ne réclament aucun secours, ne veulent appeler aucun médecin ? Rousseau, si l'on en croit Thérèse dans sa première version, assis sur une chaise de paille et le coude appuyé sur une commode, se plaignait d'une grande anxiété et de douleurs *de coliques* (3). Le comte Stanislas et la comtesse de Vassy ne donnent aucun détail à ce sujet; la comtesse trouve la mort de Rousseau touchante, belle et sublime : libre à elle; mais elle commet une erreur lorsqu'elle dit que Rousseau, aux prises avec la douleur, *reçut avec reconnaissance les soins qu'on lui rendit*. Le fait est qu'il ne voulut recevoir aucun soin.

Le Bègue de Presle, le médecin du château, aurait pu, à raison de sa compétence, nous dire de quelle nature étaient les symptômes accusés par Rousseau, les traduire en signes, prouver enfin qu'ils appartenaient à une maladie spontanée et qu'on ne pouvait les rattacher à un suicide; il se tait sur ce point, il reste dans le vague, il se borne à dire qu'il s'est assuré, par l'examen « le plus scrupuleux, » de toutes les circonstances qui ont accompagné, précédé ou suivi la mort de Rousseau, qu'elle a été naturelle et non provoquée. Mais c'étaient ces circonstances qu'il fallait faire connaître, afin de nous mettre en mesure de

(1) *Loc. cit.*, p. 43.
(2) *Op. cit.*, p. 61 et 62.
(3) *Lettre du marquis*, 43.

juger par nous-mêmes si en effet ces circonstances excluaient ou non la supposition du suicide ; et c'est là ce que n'a pas fait Le Bègue de Presle.

Mais nous n'en sommes encore qu'au moment où Rousseau vient de s'enfermer avec Thérèse ; maintenant il n'y aura plus d'autres témoins que cette femme, et lorsque le marquis pénétrera dans cet intérieur, Rousseau sera mort, et l'on en sera réduit à accepter tout ce que Thérèse voudra bien dire. Or, suivant elle, il se serait passé bien des choses dans cette dernière heure ; elle en a donné deux versions que nous allons faire connaître.

La première, immédiatement après la catastrophe, était verbale ; on la trouve longuement rapportée par le marquis de Girardin dans sa lettre à la comtesse Sophie ; la seconde se trouve consignée dans la lettre à Corancez.

La relation verbale a fourni au bon marquis la matière d'un nouveau roman : il s'est de nouveau laissé aller à ces élans de sensibilité, à ces attendrissements qui ornent la première partie de sa relation ; il croit tout, il adopte tout, jusqu'aux choses les plus invraisemblables ; et notez qu'il a dû pour cela soigner son style, car il ne s'agit rien moins que de faire parler Rousseau, de lui faire tenir d'éloquents discours qui, passant par la bouche de Thérèse, ont dû nécessairement être retouchés. Ceux qui ont lu les *Confessions* de Rousseau savent que cette Thérèse n'avait aucune espèce d'instruction ; voici les propres paroles de Rousseau : « Je voulus former son esprit, dit-il, je perdis ma peine ; je ne rougis point d'avouer qu'elle n'a jamais bien appris à lire... J'avais vis-à-vis de mes fenêtres un cadran sur lequel je m'efforçai durant plus d'un mois à lui faire connaître les heures, à peine les connaît-elle encore à présent ; elle n'a jamais pu suivre l'ordre des douze mois de l'année, et elle ne connaît pas un seul chiffre (1). » On peut dès lors juger de la part qu'a dû prendre le marquis dans le récit emprunté à Thérèse.

Une fois seul avec sa femme, Rousseau lui aurait dit : « Mes coliques sont bien vives, mais je vous prie, ma chère amie, d'ouvrir les fenêtres, que je voie encore une fois la verdure. Comme elle est belle ! — A quoi Thérèse aurait répondu : — Mon bon ami, pourquoi me dites-vous cela ? — Ma chère femme, aurait répliqué Rousseau, j'ai toujours demandé à Dieu de mourir sans maladie et sans médecin, et que vous puissiez me fermer les yeux ; mes vœux vont être exaucés. » Puis il aurait demandé pardon à Thérèse des chagrins qu'il avait pu lui causer, etc.

Mais voici un passage bien plus curieux ; et pour le coup, ceci sort de la fabrique de Thérèse. Rousseau aurait repris : « Vous remercierez bien M. et Mme de Girardin de ma part ; je vous laisse entre leurs mains, et je compte assez sur leur amitié pour emporter avec moi la douce certitude qu'ils voudront bien vous servir de père et de mère. » La pauvre enfant n'avait que soixante ans ! Nous n'avons qu'une seule chose à noter au milieu de cette phraséologie, c'est que *les douleurs de Rousseau augmentaient, qu'il se plaignait de picotements aigus dans la poitrine et de violentes secousses dans la tête.* On ne trouve pas autre chose dans le récit des accidents qui allaient se terminer si rapidement par la mort. Thérèse n'a que de beaux discours à rapporter ; elle fait donc de nouveau parler Rousseau, mais aidée, bien entendue, de la plume du marquis.

« Voyez, disait Rousseau, comme le ciel est pur, en le montrant à Thérèse avec un transport qui rassemblait toute l'énergie de son âme, il n'y a pas un

(1) *Confessions*, partie II, liv. VII.

seul nuage : ne voyez-vous pas que la porte m'en est ouverte et que Dieu m'attend ? »

Et puis, toujours suivant Thérèse, juste au moment où Rousseau voyait la porte du ciel ouverte, il tombe sur la tête sans parole, sans mouvement : il était mort !

Arrive alors une péroraison du marquis : « Hélas ! s'écrie-t-il, cette mort si douce pour lui et si fatale pour nous, cette perte irréparable était consommée, et si son exemple m'a appris à mourir, il ne m'a pas appris à me consoler de sa mort ! » Et voilà ce qu'on est venu nous donner comme prouvant sans réplique que Rousseau était mort d'une apoplexie séreuse !

(*La suite au prochain numéro.*)

Paris, le 1er juin 1866.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Bulletin de Thérapeutique.

Monsieur le Rédacteur,

Un Congrès médical international doit se réunir à Paris, en 1867, à l'occasion de l'Exposition universelle. Le moment est donc venu de faire connaître à nos confrères, et ce projet lui-même, et ce qui a été fait déjà pour en assurer la réussite. En cette circonstance, nous ne saurions mieux faire que de recourir à la publicité de votre estimable journal, et nous venons demander à votre bienveillance l'insertion de la note que nous avons l'honneur de vous adresser.

Dès le mois de novembre dernier, un comité central se formait à Paris, dans le but de préparer l'organisation du Congrès de 1867, et de répondre ainsi au vœu émis par le Congrès de Bordeaux.

Les membres de ce Comité sont :

MM. E. Barthez, Béclard, Béhier, Bouchardat, Bouillaud, Broca, Dechambre, Denonvilliers, Follin, Gavarret, Gosselin, Jaccoud, Lasègue, Longet, C. Robin, Tardieu, Verneuil, E. Vidal, Würtz.

La Commission s'est définitivement constituée le 7 décembre, pour la nomination de son Bureau, qui a été ainsi composé :

Président : M. Bouillaud ;

Vice-président : MM. Denonvilliers, Gavarret, Tardieu ;

Secrétaire général : M. Jaccoud ;

Secrétaire trésorier : M. E. Vidal.

Cela fait, nous devions, avant tout, solliciter de M. le Ministre de l'Intérieur l'autorisation de réaliser le projet formé ; cette autorisation nous est arrivée le 20 mars. Le Bureau du Comité s'est aussitôt mis en rapport avec M. le Ministre de l'instruction publique, qui, non content de donner son entière approbation à cette œuvre exclusivement scientifique, a bien voulu nous permettre de la placer sous son haut patronage. M. le Ministre de l'agriculture et du commerce n'a pas accueilli avec moins de faveur la communication que nous avons eu l'honneur de lui faire : enfin, M. le Ministre des affaires étrangères a daigné nous accorder son appui et nous promettre de signaler et de recommander le Congrès aux représentants de la France à l'étranger.

Voilà, monsieur le Rédacteur, où en sont les choses, et nous sommes certains que ces conditions, éminemment favorables, sont déjà par elles-mêmes de puissantes garanties de succès. Mais d'ailleurs, le Congrès tire de son caractère spécial une importance exceptionnelle qui ne peut être méconnue. Dépassant en effet les limites de nationalités entre lesquelles se sont renfermées jusqu'ici

les assemblées médicales, le Congrès international de Paris ne sera pas une simple réunion de médecins ; ce sera l'affirmation du mouvement scientifique de notre époque et le premier acte visible de cette alliance intellectuelle qui unit les travailleurs de tous les pays.

Nous connaissons le dévouement et le zèle de la presse médicale pour les véritables intérêts de la science, nous sommes assurés par là qu'en cette grave circonstance son précieux concours ne nous fera point défaut.

Dans ses prochaines réunions, le comité s'occupera de l'élaboration des statuts et du programme du Congrès; dès qu'ils seront arrêtés, nous aurons l'honneur de vous les communiquer.

Veuillez, monsieur le Rédacteur, agréer nos remercîments et l'assurance de notre considération distinguée.

Au nom du comité :

Le Secrétaire général, JACCOUD. *Le Président,* BOUILLAUD.

Par décret du 23 mai 1866, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine impériale :

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Salaun, pour Brest; Forné, Iluibant, Laugier, pour Toulon; Bonnesmelle de Lupinois, pour la Nouvelle-Calédonie; Chabbert, pour la Guyane; Santelli, pour le Sénégal; Erdaiger, pour Nossi-Bé; Leconte, Roux, pour Rochefort; Pavot, Noury, Sablé, Demoute, pour Brest; Dueret, pour la Guyane.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Bestion, pour Toulon; Lange, Oré, Combeaud, Dhoste, pour Rochefort; Seney, pour la Gaudeloupe; Silvestrini, pour Toulon; Trucy, pour la Guyane, aide-major; Leclerc, pour la Cochinchine, aide-major; Coulet, Chambeiron, pour Toulon; Andrieu, pour la Guyane; Dubois, pour Toulon; Doué, pour le Sénégal; Lefevre, Rousseau, Rochefort, Bouvet, Baulain, pour Brest; Despetis, pour la Martinique; Bonnafy, pour Brest; Lossouarn, pour la Cochinchine, aide-major; Guérin, Talmy, pour Brest; Limon, pour la Cochinchine, aide-major; Le Tersec, pour la Guyane.

Au grade d'aide-major : MM. Battot, Épron, Husseau, pour Rochefort; Briudejonc, pour Brest; Mourson, Guiol, Cauvy, Jacquemin, Maurin, Fricker, pour Toulon; Néis, Perinel, David, Patouillet, Breune, pour Brest.

Au grade de pharmacien de 1re classe : MM. Sambuc, Lépine (Justin).

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. Castaing, Irignaud, Abonnel, André dit Duvigneau.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. Protat, Chalmé.

CONCOURS. — Le concours d'agrégation près la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie et accouchements) s'est terminé aujourd'hui par les nominations suivantes :

Section de chirurgie : MM. Tillaux, Duplay, Cruveilhier, Desprès.

Section d'accouchements : M. Bailly.

Parmi ces nominations, nos lecteurs verront avec satisfaction celle de M. Tillaux, un de nos collaborateurs les plus dévoués pour la partie chirurgicale.

Par arrêté en date du 24 mai 1866, M. le docteur Sabatier (Charles-Paul-Dieudonné-Armand), né à Ganges (Hérault), le 14 janvier 1834, est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences anatomiques et physiologiques).

M. Nivert, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant pour les chaires de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Tours en remplacement de M. Lonjon, démissionnaire.

M. le docteur Fortin, médecin du lycée impérial d'Evreux, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'antagonisme de l'opium et de la belladone (2e article) (1).

Effets physiologiques de la morphine et de l'atropine chez l'homme. —Vu l'insuffisance des résultats fournis par l'expérimentation sur les animaux, insuffisance qui semble dépendre jusqu'à présent des conditions défectueuses dans lesquelles se sont placés les expérimentateurs, il nous paraît utile de reproduire les essais tentés sur l'homme par M. Erlenmeyer, de Bendorf (2).

Cet ingénieux observateur s'est appliqué à analyser les effets physiologiques de la morphine et de l'atropine, et à déterminer dans quelles limites chacun des troubles fonctionnels produits par l'un de ces alcaloïdes est combattu par l'action de l'autre.

L'action opposée de l'opium et de la belladone sur la pupille est bien connue; l'un produit la contraction, tandis que l'autre détermine la dilatation; cependant, ils n'agissent pas avec la même intensité, la belladone paraissant posséder une puissance prépondérante.

Lorsqu'on administre d'abord l'atropine, et ensuite la morphine, ainsi que l'a fait M. Erlenmeyer, la pupille dilatée revient sur elle-même et se rétrécit; lorsqu'on opère en sens inverse, la pupille rétrécie par l'injection de morphine se dilate après l'injection d'atropine.

Enfin, lorsqu'on administre simultanément les deux alcaloïdes, il n'y a qu'une dilatation pupillaire tout à fait insignifiante.

Les deux alcaloïdes sont donc manifestement antagonistes au point de vue de leur action sur la pupille.

Cet antagonisme a été le sujet d'une communication fort intéressante faite par de Græfe, en 1862 (*Annales du Congrès des ophthalmologistes*). Cet habile praticien, après avoir constaté une fois de plus l'influence opposée de l'atropine et de la morphine sur les dimensions de la pupille, a reconnu que l'antagonisme allait plus loin, et qu'après avoir franchi les attaches de l'iris, il allait porter son influence sur la faculté d'accommodation, qu'il modifiait dans un sens ou dans l'autre.

---

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 494.

(2) *Archives générales de médecine*, 1866.

Voyons ce qu'il en est pour la circulation :

Dans le cours de ses recherches sur l'état du sang et des vaisseaux sanguins dans l'inflammation, Th. Warton Jones trouva qu'une artère dans la membrane (interdigitale) d'une grenouille, mise sous le microscope, se resserrait presque jusqu'à l'oblitération la plus complète, lorsqu'on y appliquait une solution de sulfate d'atropine.

Le cours du sang se trouvait suspendu dans l'artère contractée; on y appliqua une certaine quantité de la liqueur sédative d'opium de Battley, aussitôt le vaisseau se dilata et il en sortit une ondée de sang.

Il fit ensuite l'expérience contraire et remarqua que les artères, qui s'étaient dilatées sous l'influence de la liqueur de Battley versée sur la membrane, se contractaient de nouveau quand on venait à remplacer cette liqueur par une solution d'atropino.

M. Brown Sequard admet que la belladone détermine la constriction des vaisseaux de la moelle, tandis que l'opium les paralyserait.

Selon M. Erlenmeyer, à la suite de l'ingestion de l'atropine à l'intérieur, on observe l'accélération du pouls, qui est d'autant plus considérable et se produit d'autant plus rapidement que la dose employée est plus élevée. Quand la dose est de 1/12 de grain, l'accélération du pouls paraît au bout d'une heure et s'élève progressivement jusqu'à 50 pour 100. A la suite d'injections hypodermiques, le même phénomène s'observe et apparaît déjà au bout de six minutes en moyenne. Cette accélération arrive pour une dose de 1/12 de grain à son maximum, qui est de 68 pour 100 en douze minutes à peu près, puis s'efface peu à peu.

La morphine administrée en injections hypodermiques produit un ralentissement du pouls.

Il est cependant impossible de considérer ces deux alcaloïdes comme antagonistes en présence des résultats suivants :

Lorsqu'on administre d'abord l'atropine (1/12 de grain) et ensuite la morphine (1/6 de grain), le pouls, accéléré par l'atropine, ne se ralentit pas; il se précipite, au contraire, davantage, et lorsqu'on agit en sens inverse, le pouls, ralenti d'abord, non-seulement revient à sa fréquence primitive; mais encore il s'accélère, et même de manière à dépasser le chiffre auquel il est amené par l'emploi de l'atropine seule. Enfin, lorsque les deux alcaloïdes sont injectés simultanément, l'accélération du pouls atteint son maximum (environ 86 pour 100) et persiste plus longtemps que dans les cas précédents.

Ces deux alcaloïdes paraissent être antagonistes au point de vue de leur influence sur la respiration.

La morphine produit un ralentissement des mouvements respiratoires, qui sont au contraire un peu accélérés par l'atropine, et lorsqu'on administre d'abord cette dernière substance et l'autre ensuite, il y a un ralentissement qui remplace la précipitation.

Il est vrai que, lorsque c'est la morphine qui est d'abord injectée, il n'y a aucune modification apparente, de même que si les deux alcaloïdes sont introduits en même temps dans le tissu cellulaire.

De nouvelles expériences sont donc nécessaires pour mettre ce point hors de doute.

Il y a un effet que ces deux alcaloïdes produisent chacun séparément et que leur administration simultanée porte à un haut degré : c'est la sécheresse de la gorge.

Il n'est point possible de se prononcer au sujet de l'action qu'ils exercent sur les organes digestifs. Les vomissements sont, on le sait, très-fréquents à la suite de l'emploi de la morphine ; mais M. Erlenmeyer ne connaît pas de fait dans lequel ces vomissements auraient été arrêtés par l'emploi de l'atropine. On ignore également si les vomissements provoqués par l'atropine peuvent être calmés par la morphine.

Quant aux symptômes cérébraux qui s'observent à la suite de l'administration de ces deux substances, ils sont difficiles à bien définir. Chez l'homme, elles paraissent se contrarier; on peut, en effet, opposer le délire gai ou furieux qui marque la première période de l'intoxication belladonée à l'assoupissement produit par l'opium ; mais, comme ce dernier, la belladone provoque souvent un abattement extrême, de la faiblesse, et enfin le sommeil (Trousseau et Pidoux).

M. Erlenmeyer a pu voir à plusieurs reprises les effets narcotiques produits par un alcaloïde se dissiper sous l'influence de l'autre alcaloïde. Mais ces faits n'ont été observés que chez des femmes très-nerveuses, et il serait peut-être prématuré de se prononcer d'une manière définitive. Nous croyons donc devoir appeler d'une manière toute spéciale l'attention des expérimentateurs sur ce point.

Faits cliniques. — Pour faciliter l'étude des nombreuses observations qui ont été publiées sur ce sujet, nous nous proposons de les diviser en plusieurs catégories.

La première comprendra les faits dans lesquels la substance anta-

goniste a été exclusivement employée pour combattre l'empoisonnement par l'opium ou par la belladone.

Dans la seconde rentreront tous les cas où il y a eu des vomissements spontanés ou provoqués avant l'administration de l'antidote et où les autres moyens mis à la disposition du médecin ont été utilisés. Nous n'y insisterons pas.

Les observations dans lesquelles les deux substances toxiques ont été absorbées simultanément formeront la troisième.

Et enfin, pour ne laisser dans l'ombre aucun des points litigieux de cette question, nous citerons les exemples d'insuccès.

Ce n'est, il est vrai, que dans quelques rares circonstances que l'opium ou la belladone ont été employés, à l'exclusion de tout autre moyen, dans l'empoisonnement par les narcotiques; mais ces faits existent, et comme ils nous paraissent démontrer d'une façon péremptoire la thèse que nous soutenons, nous croyons devoir les transcrire ici :

Obs. I. Mussey, de Cincinnati, a vu un cas d'empoisonnement par 30 grammes de laudanum. Cinq heures après que le médicament avait été ingéré, il fit prendre au malade 25 centigrammes de belladone et 30 grammes de teinture. La guérison fut prompte et complète, sans qu'il eût à noter d'autres effets de la belladone qu'un trouble de la vision qui dura à peine quelques heures (1).

Obs. II. 4 grammes d'extrait de belladone chez un enfant; 120 gouttes de laudanum. — Guérison. — On avait donné par erreur à un enfant de six ans, au lieu de sirop de rhubarbe, 1 drachme de suc de belladone, préparation officinale très-concentrée et employée seulement dans les collyres. Les signes caractéristiques de l'empoisonnement belladoné se produisirent immédiatement; l'enfant devint écarlate, chancela et tomba à terre. Appelé immédiatement, le médecin trouva le malade ayant la face violacée, les yeux fixes et hagards, les pupilles extrêmement dilatées, la langue sèche, le pouls faible et bondissant; en outre, il était dans un état de coma profond. N'ayant pas sous la main de pompe d'estomac, il eut recours à l'opium : 20 gouttes de laudanum furent administrées par la bouche et autant par le rectum ; la dose fut répétée de demi-heure en demi-heure jusqu'à ce que le malade en eût pris 120 gouttes. Au bout de trois heures, l'enfant était levé et courait dans la chambre (2).

---

(1) *Arch. de méd.*, 1864.

(2) Lee, *Bull. de Thérap.*, 1862, et *Arch. de méd.*, 1864.

S'il n'existait pas un antagonisme, comment comprendrait-on qu'un enfant de six ans pût prendre en trois heures 120 gouttes de laudanum sans offrir les symptômes du narcotisme? et, d'un autre côté, on est autorisé à croire qu'il n'aurait pas survécu à l'ingestion de 4 grammes de suc de belladone.

Obs. III. Dans une autre observation due au même auteur, il s'agit, au contraire, d'un empoisonnement par l'opium chez un enfant de deux ans. La quantité de laudanum ingéré ne put être déterminée ; la mère, qui avait donné le médicament probablement avec l'intention de commettre un infanticide, ayant refusé toute explication.

En tout cas, il en avait été pris assez pour qu'on pût pronostiquer une terminaison fatale. La peau était pâle, froide, visqueuse, le pouls faible, ne battant que 40 fois par minute ; la respiration laborieuse, les pupilles excessivement contractées, le coma profond. On envoya chercher une batterie galvanique ; mais quand elle fut apportée, elle était devenue inutile.

On avait à sa disposition de la teinture de belladone ; on en fit prendre immédiatement 15 minimes, et la dose fut répétée quatre fois à un intervalle de vingt minutes. Après la deuxième dose, le premier changement appréciable fut l'élévation lente, mais distincte, de la température de la peau ; après la troisième dose, les pupilles, toujours contractées, n'étaient déjà plus insensibles à la lumière ; la peau était plus chaude, la face et le cou commençaient à se colorer ; la respiration à 25, le pouls à 86. L'enfant entr'ouvrait les yeux quand on lui parlait et donnait quelques signes d'intelligence. L'effet de la quatrième dose fut plus rapide et plus actif qu'on ne l'espérait : en quelques minutes, la face, le cou et les bras prirent une teinte scarlatineuse ; les pupilles se dilatèrent ; l'enfant se dressa sur son lit, se mit à crier et à rire aux éclats, présentant ainsi les signes du premier stade de l'intoxication par la belladone. Ne voulant pas substituer un empoisonnement à l'autre, on suspendit tout traitement. Les pupilles reprirent leur dimension et l'enfant se rétablit sans avoir éprouvé d'autre dommage (1).

Obs. IV. Sulfate d'atropine, 0,013 *milligrammes :* 70 *gouttes de laudanum. — Guérison.* — Un vieillard de soixante-quinze ans boit, à cinq heures du soir, une solution de sulfate d'atropine préparée pour être instillée, 13 milligrammes pour 100 grammes d'eau. A six heures, faiblesse musculaire, difficulté, puis impossi-

(1) Lee, *Bull. de thérap.*, 1862, et *Arch. de méd.*, 1864.

bilité de marcher, quoique la dilatation pupillaire n'ait pas sensiblement augmenté. On administre 6 gouttes de laudanum de Rousseau dans quelques cuillerées d'eau. A huit heures, coma profond, face vultueuse; les yeux sont brillants, la pupille modérément dilatée, la peau chaude. Le pouls bat 108 fois; il est plein, dur, vibrant; immobilité complète. Le malade prononce des mots indistincts; il paraît entendre imparfaitement. Ingestion par 10 gouttes, de dix en dix minutes, de 50 gouttes de laudanum de Sydenham. Le pouls devient plus souple; l'iris se rétracte légèrement.

A neuf heures, une nouvelle phase commence. Les mouvements spontanés deviennent de plus en plus violents; carphologie, délire, hallucinations. Le malade entend et voit; mais chaque sensation donne lieu à une illusion de sensibilité générale et exagérée; 120 pulsations, peau moite et chaude; la dilatation pupillaire n'a pas varié.

Dix heures, nouvelle ingestion de 10 gouttes de laudanum, dont la saveur désagréable est bien sentie. Le pouls est plus souple, la peau moins chaude; intelligence moins désordonnée, réveil de la mémoire, puis des sentiments affectifs; l'halluciné voit et reconnaît les personnes.

Cinq heures du matin, 10 nouvelles gouttes de laudanum; la sensibilité se rétablit presque parfaitement; le délire et les mouvements désordonnés s'apaisent. A neuf heures, le malade vomit 200 grammes d'un liquide brunâtre; la pupille est presque normale, la raison à peu près revenue. Le mieux va croissant rapidement, et trois jours après tout est rentré dans l'ordre [1].

Obs. V. Le fait suivant qui est un exemple d'empoisonnement par le datura, dont la guérison a été rapidement obtenue par l'emploi exclusif de l'opium, montre que la même loi existe pour d'autres solanées.

Il a été observé par Anderson, pendant la guerre des Indes, chez un soldat indigène.

Dans une halte de quelques jours que le régiment auquel il était attaché fit à Futtigghaw (1855), beaucoup de cipayes visitèrent le grand bazar. Un d'entre eux fut trouvé un matin sur le bord de la route dans un état de délire violent et fut rapporté par ses camarades. On l'avait vu dans le bazar mangeant en abondance des confitures.

Or, il faut savoir que les Indiens, très-amateurs de cette sorte

[1] Béhier, *Union médicale*, 1865.

de mets, en mangent des livres à la fois, et très-souvent, dans l'Inde, l'on se sert de confitures empoisonnées avec le datura.

Il était dans l'état suivant : insomnie, délire, marmottement continuel; face vultueuse, yeux injectés et hagards; pupilles dilatées, insensibles à la lumière; pouls très-fréquent et petit; agitation continuelle des membres, surtout des mains, qui tiraient les couvertures; inconscience des objets extérieurs, mais hallucinations du sens de la vue, indiquées par les paroles incohérentes et les gestes, qui se rapportaient à des objets imaginaires; difficulté extrême de la déglutition. M. Anderson prescrivit l'administration de 1 grain de chlorhydrate de morphine en solution toutes les heures. A la troisième dose seulement, on observa quelques résultats. En parlant très-haut, en secouant le malade, on fixait son attention. Ce médicament fut continué de la même manière. Après la douzième dose, le délire avait entièrement disparu, le tremblement était moindre, les pupilles étaient revenues à leur état normal; mais l'insomnie persistait. M. Anderson prescrivit la continuation du médicament, et il fallut encore trois doses égales aux précédentes pour la faire cesser.

La dose énorme de 15 grains de chlorhydrate de morphine avait été administrée dans l'espace de dix-huit heures.

Ne peut-on pas rapprocher de ces faits ceux dans lesquels les préparations d'opium et de belladone ont été employées pour combattre les phénomènes toxiques déterminés par des doses plus ou moins élevées de l'une de ces substances données dans un but thérapeutique?

Ce n'est point, dans ces circonstances, la guérison obtenue qu'il faut faire valoir, car les doses du poison sont rarement assez fortes pour compromettre la vie; mais la rapidité avec laquelle tous les troubles disparaissent dès que la substance antagoniste est introduite dans l'économie.

Obs. VI. Le docteur Thomas Anderson fut un jour appelé auprès d'un malade qui avait ingéré dans l'espace de trente-six heures 2 onces de solution d'hydrochlorate de morphine pour un délirium tremens. Il était dans un coma profond, sa respiration était stertoreuse et très-lente, ses pupilles fortement contractées, son pouls lent et très-faible. Il était impossible de l'exciter et de le faire sortir de cet état d'insensibilité. On lui donna à prendre toutes les demi-heures 1 drachme (environ 4 grammes) de teinture de belladone dans de l'eau, et après la troisième dose les pupilles commencèrent à se dilater. Au bout de quatre heures et demie le malade,

ayant ainsi ingéré 8 drachmes de teinture, se trouva beaucoup mieux. Le coma avait entièrement cédé à cette médication ; la respiration s'était rétablie, la pupille était très-dilatée, le pouls avait pris de la force et montait presque à 120 pulsations par minute ; enfin la peau, de froide et pâle qu'elle était, s'était colorée et était devenue beaucoup plus chaude. Le lendemain, le malade était complétement rétabli ([1]).

Obs. VII et VIII. Dans son mémoire ([2]), Benjamin Bell donne la relation de deux faits où des accidents graves, déterminés par des injections hypodermiques de sulfate d'atropine faites dans le but de combattre une sciatique et une névralgie frontale, disparurent rapidement par des injections d'une solution de morphine.

Obs. IX. On doit deux observations du même genre à M. le professeur Béhier. Dans l'une il s'agit d'une jeune femme très-nerveuse qui, après avoir fait usage de six suppositoires contenant chacun 1 gramme d'assa fœtida, 1 centigramme d'extrait de belladone pour combattre un spasme vésico-urétral, fut prise d'étourdissements, de sécheresse de la langue, de troubles des idées, et d'une amblyopie assez prononcée. On lui prescrivit 30 grammes de sirop diacode à prendre en deux doses : après la première, le calme se rétablit, et la vue était revenue ([3]).

Obs. X. Dans l'autre, l'empoisonnement avait été produit chez une femme de cinquante-quatre ans par un demi-lavement d'une décoction de deux têtes de pavot dans 350 grammes d'eau pris contre des coliques hépatiques. Ce demi-lavement avait été gardé, la douleur avait diminué, mais alors s'étaient manifestées des demi-syncopes avec somnolence incessante, malaise profond, vomissements et nausées incessantes.

Guidé par l'exemple de ce qui s'était passé antérieurement, M. Béhier prescrivit trois pilules de 0,01 d'extrait hydro-alcoolique de belladone chaque à prendre de demi-heure en demi-heure. Une seule pilule suffit pour dissiper tous les accidents ([4]).

Dans les divers faits que nous venons de rapporter, l'influence favorable de la substance antagoniste ne saurait être contestée, ce nous semble, puisque la guérison a été obtenue grâce à son emploi exclusif, et si toutes les observations consignées dans les annales de la science étaient aussi démonstratives, la solution de cette question serait beaucoup plus avancée.

([1]) *Union médicale*, 1859.
([2]) *Idem.* — ([3]) *Idem.* — ([4]) *Idem.*

Mais que voit-on le plus souvent? Avant d'administrer la substance antagoniste, le médecin cherche à provoquer des vomissements pour limiter l'absorption du poison, et il se sert aussi des autres moyens mis à sa disposition par la thérapeutique. Dès lors, selon les adversaires de la thèse que nous soutenons, on n'est plus en droit d'attribuer à l'antidote les résultats favorables, parce que, dans d'autres circonstances, les moyens ordinaires dont on s'est servi ont suffi pour combattre des accidents très-graves.

Nous admettons, jusqu'à un certain point, ces objections, mais il resterait, selon nous, à expliquer comment des doses assez élevées d'opium ou de belladone ont pu être introduites dans l'économie sans produire d'accidents et sans faire succéder un empoisonnement à un autre.

Les faits suivants, où l'opium et la belladone furent administrés simultanément par suite d'un accident ou d'une erreur pharmaceutique sans déterminer de troubles sérieux, ne viennent-ils pas encore démontrer que ces deux agents se contre-balancent?

Obs. XI. On trouve, dans le traité de Cazin sur les plantes médicinales indigènes, le fait d'un malade qui but par erreur un liniment destiné à l'usage externe, et composé de 2 grammes de teinture de belladone, 6 grammes de laudanum de Sydenham et 40 grammes d'huile d'amandes douces. Cette forte dose causa seulement de la somnolence, de l'injection du visage et des conjonctives, et de la dilatation des pupilles.

Obs. XII. Un enfant de neuf ans, dont l'histoire est rapportée par le docteur Coale (*American journal*), avala deux suppositoires contenant chacun 2 grains d'opium et 2 grains d'extrait de belladone, et fut à peine incommodé.

Obs. XIII. Christison raconte qu'une dame prit un jour trois injections successives contenant chacune 1 scrupule d'opium et 1 1/2 once de feuilles de belladone. Trois heures après, elle était insensible, sans mouvements, la face pâle, les pupilles dilatées, le pouls fréquent et petit, la respiration précipitée; il semble, dit-il, que l'opium ait détourné le délire que la belladone produit à la première période, tandis que la belladone avait conjuré les effets ordinaires de l'opium sur les pupilles, et déterminé l'effet inverse. La malade guérit d'ailleurs complétement.

Obs. XIV. Le mémoire de Benjamin Bell renferme un fait du même genre, rapporté par Anderson.

Une potion calmante contenant un drachme de la solution ordinaire de chlorhydrate de morphine et deux drachmes de teinture

de jusquiame, donnée dans le but de provoquer le sommeil, resta entièrement sans effet, tandis qu'une dose beaucoup plus faible (35 gouttes) de la solution de morphine seule, administrée plusieurs nuits successives, réussit invariablement.

L'antagonisme cependant semble avoir une limite, et il est des cas où il ne peut triompher quand l'économie a été atteinte trop profondément.

Voici les deux exemples d'insuccès qui ont été publiés :

Obs. XV. Empoisonnement par 30 grammes de laudanum. — Vomitif. — Extrait de belladone, 0,625 milligrammes. — Mort. — Le 24 mars 1862, on apportait à l'hôpital de Pensylvanie un homme âgé de cinquante-cinq ans. Cet individu avait tenté, le matin, de se suicider en se frappant au cou avec un instrument tranchant, qui n'avait fait que des blessures superficielles, et, voyant l'insuccès de sa tentative, il avait avalé 1 once de laudanum vers une heure du matin. Au moment de son entrée, cinq heures de l'après-midi, il était soporeux, le pouls très-affaibli. On administra aussitôt 50 grains de sulfate de zinc avec 1 once d'ipécacuanha, et on obtint ainsi un vomissement peu considérable.

A six heures, 5 grains d'extrait de belladone en solution sont donnés; la même dose est répétée à sept et à huit heures sans que le malade sorte de sa somnolence; les pupilles restent contractées, la respiration stertoreuse.

A neuf heures, 2 grains et demi sont avalés; de larges sinapismes sont appliqués sur la poitrine; il est soumis à un fort courant électrique, et les pupilles se dilatent sous l'influence de la belladone. Néanmoins l'état général ne s'amende pas; le pouls est presque insensible; l'auscultation du cœur donne 120 pulsations; la respiration est faible, ralentie, et on compte seulement, même après l'excitation électrique, 10 inspirations par minute.

Malgré l'emploi des excitants diffusibles et de la respiration artificielle, les pupilles se contractent de nouveau, et le malade succombe à minuit ([1]).

Obs. XVI. Le docteur Blake cite ([2]) le cas d'un empoisonnement par l'opium chez un enfant de quatre ans, où l'emploi de la belladone échoua complètement.

Pendant la convalescence d'une pneumonie succédant à une éruption morbilleuse, cet enfant prit par erreur une cuillerée à café de

---

([1]) Norris, *Arch. de méd.*, 1864.

([2]) *Journal médico-chirurgical du Pacifique*, avril 1862.

laudanum. L'accident avait eu lieu dans la nuit. A cinq heures du matin on essaye des vomitifs qui ne peuvent pas être avalés. A six heures on donne la première dose d'extrait liquide, 3 gouttes en lavement. La respiration est stertoreuse, la face violacée, l'insensibilité absolue, la déglutition impossible ; à sept heures l'enfant est à demi éveillé, il demande à boire. De sept à dix heures la peau se refroidit par intervalles, la respiration est plus entravée, le visage moins congestionné. Même état des pupilles, malgré la continuation du médicament. Trois lavements sont administrés à des intervalles rapprochés ; les pupilles sont plus larges, mais la respiration devient de plus en plus anxieuse et trachéale ; pas de toux, pas d'expectoration. Les signes d'asphyxie s'aggravent, et l'enfant meurt, quoiqu'on ait eu recours à divers dérivatifs. La dose totale de belladone n'avait pas dépassé 18 gouttes de l'extrait liquide.

L'âge du malade, la susceptibilité extrême des très-jeunes enfants aux moindres doses d'opium, la difficulté d'apprécier le degré de tolérance des enfants par la belladone, rendaient à la fois le pronostic beaucoup plus défavorable et le traitement plus indécis.

Comme il s'agissait de justifier une médication hardie, applicable dans les circonstances les plus périlleuses et qui imposent au médecin la plus lourde responsabilité ; comme il s'agissait d'un mode de traitement qui répugne aux idées reçues et qui peut avoir pour résultat apparent de remplacer un danger par un autre, nous n'avons pas hésité à multiplier les exemples capables de porter la conviction dans l'esprit du lecteur.

Or, de tous ces faits, il semble résulter que l'antagonisme de l'opium et de la belladone est suffisamment prouvé en clinique.

En effet, quand à un sujet empoisonné par l'opium on donne de la belladone, on remarque d'abord que les phénomènes propres à la belladone ne paraissent point, malgré l'énorme dose à laquelle on peut arriver. En outre, les phénomènes produits par l'opium ne s'aggravent pas, ce qui ne manquerait pas d'arriver si les deux toxiques agissaient tous deux sans se contre-balancer ; enfin les malades ont au contraire guéri très-promptement, malgré d'énormes proportions d'opium prises en très-peu de temps. La même proposition est vraie en sens inverse, quand il s'agit d'un empoisonnement par la belladone traité ensuite par l'opium.

Ainsi donc, que l'intoxication ait eu lieu par l'une ou l'autre de ces deux substances, après avoir rempli la première indication, qui est d'évacuer au plus tôt l'estomac soit par des vomitifs, soit par un procédé mécanique très-usité à l'étranger et plus rarement employé

chez nous, le médecin pourra administrer la substance antagoniste à doses élevées et fractionnées, en prenant pour guides les symptômes qui révéleront l'influence exercée par l'antidote et surtout l'état de la pupille, et il suspendra l'usage de l'antidote dès qu'il paraîtra avoir rempli l'équilibre en sa faveur et que son action physiologique, devenue manifeste, aura contre-balancé les effets du poison.

Nombreux sont les moyens que la thérapeutique fournit pour l'introduction de la substance antagoniste dans l'organisme, mais le plus sûr et le plus rapide est certainement l'injection hypodermique, qui est praticable dans tous les cas, et qui porte directement dans le torrent circulatoire le médicament que l'on veut faire absorber.

C'est encore là une importante application de la méthode hypodermique, dont nous devons la vulgarisation en France à M. le professeur Béhier et dont l'influence sur la thérapeutique ne saurait être calculée.

D'ailleurs, dans un certain nombre de cas, l'état des voies digestives ne permet pas de recourir à l'ingestion stomacale, lorsque des vomissements rejettent tout ce qui y est introduit. On n'aurait alors que la ressource de donner le médicament antagoniste en lavement, pour utiliser la propriété absorbante de la muqueuse rectale.

Il est à peu près indifférent d'employer telle ou telle préparation opiacée ou belladonée, mais, comme il s'agit de ne pas perdre de temps, le laudanum et l'extrait ou la teinture de belladone, qui se trouvent tout préparés dans les pharmacies et qui peuvent être facilement administrés mélangés à de l'eau, ont été et devront être prescrits quand on pourra utiliser les voies stomacale ou rectale, de même que c'est à une solution de chlorhydrate de morphine ou de sulfate d'atropine qu'on aura recours pour les injections hypodermiques.

Il est difficile de préciser les doses proportionnelles des deux médicaments qui se contre-balancent. Il y a cependant une indication exacte que l'on doit à M. Béhier, qui établit qu'il faut une dose quatre fois plus forte de morphine pour neutraliser les effets de l'atropine.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des plaies par l'occlusion pneumatique,

Par M. J. Guérin, membre de l'Académie de médecine.

Les plaies sous-cutanées, celles qui sont pratiquées sous la peau, à l'abri du contact de l'air, et maintenues à l'abri de ce contact, ne s'enflamment ni ne suppurent. Cette loi ne souffre pas d'exception : ni le nombre des plaies pratiquées extemporanément chez le même individu, ni leur étendue, depuis le simple cordon tendineux jusqu'aux masses musculaires les plus volumineuses, ni la nature du tissu divisé : tendon, muscle, artère, veine, nerf, tissu cellulaire, glandes et os, ne modifient la constance invariable du résultat.

Cependant si cette immunité générale et absolue des plaies sous-cutanées tient à l'absence du contact de l'air et à la protection que le tégument cutané oppose à ce contact, on devait être conduit à rechercher s'il ne serait pas possible de procurer artificiellement à toutes les plaies, aux *plaies exposées*, c'est-à-dire à celles qui intéressent à la fois la peau et les tissus sous-jacents, et qui sont fatalement tributaires de l'inflammation suppurative, des moyens de protection équivalant à la protection cutanée, et d'assurer ainsi à ces plaies, comme aux plaies sous-cutanées, l'immunité la plus complète et le bénéfice de l'organisation immédiate.

Tel est le problème que je me suis proposé de résoudre à partir de mes premières opérations sous-cutanées, et à la solution duquel je n'ai cessé de travailler depuis bientôt trente ans.

La première idée qui devait venir à l'esprit, et qui a été en effet l'objet de mes premiers essais, était de recouvrir les plaies d'une enveloppe qui les isolât de l'atmosphère. Mais ces tentatives, variées de toutes les manières et reproduites après moi par différentes personnes et dans différents pays, n'ont produit aucun résultat, si ce n'est peut-être de faire considérer comme illusoires toutes tentatives de ce genre, et d'ébranler la confiance dans le principe même qui les avait inspirées.

Je ne me suis jamais laissé détourner de mon but; et, convaincu de la sûreté du principe qui me guidait, je cherchai à me rendre compte de l'insuccès de mes premières applications, et j'y parvins.

Je ne tardai pas à reconnaître, en effet, que lorsqu'on enferme une partie lésée dans un espace clos, même lorsqu'on a eu soin d'expulser de cet espace tout l'air qu'il renfermait, jusqu'à la mise

en contact de la poche enveloppante avec l'organe enveloppé, je ne tardai pas à reconnaître, dis-je, que les produits exhalés ou excrétés de la peau et de la plaie ont pour effet de soulever peu à peu l'enveloppe protectrice et de la détacher de la plaie contre laquelle elle avait momentanément été appliquée.

Ce premier inconvénient en entraînait deux autres : ou bien l'air s'introduisait entre les membranes enveloppantes de la plaie, et rendait toute protection illusoire; ou bien les produits exhalés et excrétés, continuant à s'accumuler dans l'espace clos entourant la plaie, y réalisaient une atmosphère d'éléments putrescibles plus dangereux que l'air lui-même.

Il y avait donc à se prémunir contre le triple inconvénient de la pénétration de l'air dans les appareils, de l'accumulation des produits exhalés ou excrétés, et de la putréfaction de ces produits au sein d'une atmosphère confinée enveloppant la plaie.

Je ne parle que pour mémoire d'essais beaucoup plus grossiers, lesquels ont consisté à enduire le siége de la plaie d'une couche plastique imperméable, d'une sorte de colle adhérente aux parties et se confondant avec elles. Mais ces essais, dont il est presque superflu de signaler le vice radical, n'ont eu aucune espèce de résultat. Outre l'impossibilité de réaliser, avec la précision et la fixité nécessaires, ce système d'occlusion, il serait inséparable d'un inconvénient nouveau, la suppression des fonctions excrétoires de la peau, laquelle, à un certain degré et dans une certaine étendue, peut occasionner la mort, ainsi que l'ont démontré les expériences de Fourcault.

Pour parer à ces difficultés et prévenir ces inconvénients, il fallait donc trouver le moyen :

1° De maintenir les plaies dans un espace complétement fermé à l'air;

2° De les maintenir constamment recouvertes d'une membrane ou peau artificielle qui se moulât et se maintînt à tous les instants moulée sur les surfaces enfermées;

3° Il fallait en outre que cette application, quoique continue et immédiate, ne s'opposât pas à l'exercice physiologique des exhalations et des excrétions cutanées; qu'elle les favorisât au contraire;

4° Que cette occlusion et cette application ne permissent pas la stagnation des produits exhalés ni des liquides épanchés; qu'elle prévînt la putréfaction des uns et des autres, et s'opposât incessamment à leur absorption.

En un mot, il fallait que l'enveloppe protectrice des plaies réalisât de tout point les bienfaits de l'enveloppe cutanée.

Ce but, je crois l'avoir atteint par le système d'appareils dont je vais donner connaissance.

Ces appareils consistent :

1° En un récipient métallique d'une capacité variable, dans lequel on a fait le vide, ce récipient muni de deux robinets et d'un indicateur de vide;

2° D'une série d'enveloppes ou manchons en caoutchouc vulcanisé de 2 millimètres d'épaisseur, à une ou deux ouvertures, de forme et de dimension variées, et telles qu'elles puissent s'adapter aisément à toutes les parties du corps, ces enveloppes munies à une de leurs extrémités ou sur le côté d'un tube en caoutchouc vulcanisé, capable de résister à la pression atmosphérique;

3° D'une série d'enveloppes intermédiaires en tissu élastique très-fin, perméable, de façon à se mouler sur les parties qui doivent être enfermées dans les manchons en caoutchouc.

Muni de ces trois ordres de moyens, j'introduis le membre blessé, préalablement recouvert de l'enveloppe en tissu perméable, dans le manchon en caoutchouc; l'ouverture d'entrée de ce dernier ayant été calculée d'un diamètre suffisant pour embrasser par une pression élastique très-modérée la circonférence du membre enveloppé.

Le membre étant introduit, je mets l'intérieur du manchon qui le recouvre en rapport avec le récipient pneumatique par l'intermédiaire du tube incompressible; immédiatement l'air et les gaz renfermés dans le manchon passent dans le récipient pneumatique, et la poche enveloppante, obéissant à la pression atmosphérique, suit le retrait des gaz aspirés et se moule hermétiquement sur la surface enveloppée, et y reste incessamment appliquée.

Il est à peine besoin d'indiquer les effets mécaniques et physiologiques qui résultent de cette application. Cependant, comme ils jouent un rôle considérable dans le mécanisme de la guérison des plaies, on ne saurait trop y insister pour en faire bien comprendre la portée.

Le rôle du récipient pneumatique consiste surtout à entretenir d'une manière permanente le double effet de l'*aspiration* du contenu du manchon et de la *pression atmosphérique* sur ce dernier, l'une et l'autre agissant au degré voulu, et ce degré, toujours appréciable à l'indicateur de vide dont est muni le récipient.

Le rôle de l'enveloppe intermédiaire en tissu élastique perméable est de favoriser sur toute l'étendue de la partie enveloppée la circulation des gaz et des liquides aspirés; de maintenir ainsi les surfaces enveloppées en rapport incessant avec le récipient pneumatique, et

d'empêcher la formation de petits espaces vides par le plissement des manchons enveloppants.

Le rôle du manchon en caoutchouc est, en vertu de sa souplesse, de son imperméabilité et de la pression élastique de son ouverture, de se mouler, en les comprimant uniformément, sur les surfaces enveloppées, sans permettre l'entrée de l'air.

Ces effets mécaniques entraînent des effets physiologiques correspondants.

L'aspiration continue du récipient pneumatique favorise l'exhalation et les sécrétions cutanées; il empêche la stagnation de ces produits et celle de liquides épanchés; il exerce sur la surface de la plaie une double et caractéristique influence; il favorise la sécrétion plastique réparatrice; il prévient, par le mouvement rétrograde qu'il provoque, toute absorption ou résorption des gaz ou des liquides épanchés, ou des substances toxiques ou virulentes déposées à leur surface; enfin, si les plaies offrent des solutions de continuité, des anfractuosités, comme dans les fractures compliquées, ces solutions de continuité et ces anfractuosités, recouvertes d'une plaque intermédiaire, se comblent incessamment par les sécrétions plastiques qu'il provoque.

Les effets physiologiques de l'enveloppe intermédiaire ne sont pas moins évidents. En vertu de sa perméabilité, elle favorise et provoque incessamment les fonctions excrétoires de la peau; elle empêche l'action vésicante des plis formés par le retrait du manchon en caoutchouc; enfin elle permet au besoin l'introduction, la circulation et le renouvellement incessant de toute substance médicamenteuse liquide ou gazeuse propre à hâter la cicatrisation des plaies ou à combattre leurs complications.

Les effets physiologiques de l'enveloppe imperméable sont des plus considérables.

Les plaies sont constamment maintenues à l'abri du contact de l'air; la douleur produite par ce contact n'existe pas; les altérations de liquides résultant de l'action des gaz de l'air ou des levains organiques qu'il tient en suspension sont empêchées; la compression uniforme et graduée qu'elle permet favorise le dégorgement des parties enveloppées et le rapprochement des parties séparées; finalement, prévient l'inflammation suppurative de la plaie et provoque d'emblée le travail d'organisation immédiate, lorsque les tissus lésés ne sont le siége d'aucune complication pathologique capable de remplacer sous une autre forme l'incitation pyogénique de l'air.

Des différents effets mécaniques et physiologiques qui viennent

d'être formulés se déduisent une foule d'applications chirurgicales qu'il n'entre pas dans mon intention d'énumérer, ni même d'indiquer aujourd'hui. Je me bornerai à en citer quatre catégories, toutes relatives à des plaies ou à des lésions traumatiques récentes, et dans chacune de ces catégories, je rapporterai un fait pratique réalisé; ces faits permettront de comprendre dès aujourd'hui le caractère, le nombre et l'étendue d'un ordre d'applications de la méthode que je viens faire connaître.

Applications pratiques. — Dans une première catégorie sont comprises les opérations chirurgicales simples, qui n'intéressent que la peau et le tissu cellulaire, telles que les incisions, les ablations de cicatrices ou de tumeurs sous-cutanées, les ligatures de vaisseaux;

Dans une seconde catégorie sont comprises les opérations graves, telles que les amputations des membres, les résections;

Dans une troisième catégorie sont les fractures compliquées simples, c'est-à-dire avec perforation de la peau, les os simplement rompus;

Dans une quatrième catégorie sont les plaies par armes à feu avec dilacération et destruction des tissus, fractures comminutives et broiement des os, plaies réunissant les plus graves complications des lésions traumatiques.

A. Comme fait appartenant à la première catégorie, je citerai l'extirpation d'une tumeur fibreuse siégeant derrière la malléole interne d'une dame qui avait consulté dès longtemps MM. Velpeau et Nélaton. Cette tumeur était placée sur le trajet du nerf tibial et causait, par son siége, des douleurs très-vives. Enlevée à l'aide d'une incision cruciale et d'une dissection du tissu cellulaire sous-jacent, cette tumeur avait laissé une excavation que la peau ne cachait qu'incomplétement sans la combler. La plaie ayant été recouverte immédiatement d'un morceau de diachylon, et médiatement d'un carré de taffetas ciré, le membre fut placé dans l'appareil. Dès le lendemain, l'anfractuosité sous-cutanée était comblée par un caillot résistant, auquel adhérait la peau. Après quatre jours pleins, l'appareil pouvait être enlevé, et la plaie, qui n'avait été le siége d'aucune inflammation suppurative, ne présentait plus qu'une surface plane, sillonnée par les lignes de l'incision. Un pansement simple avec le diachylon gommé a suffi pour compléter en huit jours la cicatrisation de la plaie.

B. Comme fait appartenant à la seconde catégorie, je citerai un jeune garçon de neuf ans, lequel s'était fracturé, en tombant, les

deux os de l'avant-bras, avec sortie à travers la peau du fragment supérieur du radius. La fracture ayant été réduite, l'ouverture cutanée recouverte d'un morceau de diachylon gommé, le membre, préalablement entouré d'une bande roulée, fut mis dans l'appareil trois heures après l'accident. Le quatrième jour, la plaie cutanée était complétement fermée ; l'enfant n'avait eu ni fièvre ni le moindre symptôme d'inflammation. Le membre fut mis dans un appareil en carton amidonné, et la guérison s'est effectuée, sans complication aucune, en trente-cinq jours.

C. Comme fait appartenant à la troisième catégorie, je citerai une amputation de cuisse, pratiquée le 22 août dernier par M. le docteur Demarquay, à la maison municipale de santé, chez un homme atteint depuis deux ans de tumeur blanche suppurée au genou droit.

Cette amputation, pratiquée à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse, offrait deux lambeaux d'inégale dimension. L'antérieur, plus long et plus mince, fut rabattu sur le postérieur et maintenu rapproché de celui-ci à l'aide de sept points de suture. Indépendamment de la ligature de la crurale, un grand nombre d'autres ligatures avaient été jetées sur les deux surfaces de section des lambeaux, en sorte que les surfaces ne se trouvaient que rapprochées et non en contact immédiat. Le moignon, convenablement pansé, fut placé dans l'appareil. Le récipient pneumatique marquait un vide de 57 degrés. Le malade n'avait été qu'incomplétement chloroformisé; il avait beaucoup souffert de l'implantation des aiguilles à suture. Cependant il n'éprouva, ni le jour de l'opération ni les jours suivants, ni frisson ni fièvre; et à partir du second jour, le sommeil, l'appétit, l'état de la peau, l'absence de tout travail d'inflammation suppurative dans le moignon permirent d'enlever l'appareil le septième jour de l'opération. Cependant cet enlèvement prématuré, quant à la solidité de la réunion, fut suivi d'un peu d'éraillement, de 4 à 5 millimètres environ, des bords de jonction des deux lambeaux. Cet incident permit de constater l'existence de colonnes charnues rougeâtres, étalées entre les bords éraillés. Mais le centre et le fond de la plaie étaient entièrement comblés par la matière plastique qui s'y était épanchée. L'appareil fut réappliqué et maintenu jusqu'au 9 septembre, c'est-à-dire en tout pendant dix-huit jours. Durant tout ce temps, il n'y eut aucune complication de la plaie, aucun symptôme d'inflammation suppurative, aucun trouble général lié au travail de cicatrisation, et celle-ci était solide et complète au dix-huitième jour, moins un pertuis cor-

respondant à la ligature de la fémorale. Celle-ci ayant été enlevée sans effort de traction, le pertuis résultant de son passage était fermé dès le lendemain.

Nous avons noté pendant le cours de cette cicatrisation un phénomène qui caractérise au plus haut degré le mode d'action de l'appareil. Au centre de la plaie constituée par le rapprochement des deux lambeaux, il existait un vide résultant du rapprochement incomplet des surfaces. A mesure que la cicatrisation s'opérait, on voyait une dépression graduelle des surfaces correspondant au vide se réaliser sous l'influence de la pression atmosphérique, celle-ci comblant l'espace laissé par l'écartement des surfaces incomplétement comblé par l'épanchement plastique.

M. Demarquay, dont je ne saurais trop reconnaître le concours intelligent et désintéressé, a indiqué ce fait par ces mots dans son excellent *Traité de pneumatologie médicale:* « J'ai été témoin d'un fait où l'application de la méthode de M. Guérin a réalisé, au point de vue physiologique, le but qu'il voulait atteindre. » Ce but, on le connaît, c'est l'organisation immédiate des plaies, même des plaies les plus étendues et les plus graves, sous le bénéfice de l'occlusion pneumatique.

D. Le fait suivant, appartenant à la quatrième catégorie, c'est-à-dire aux plaies par armes à feu, avec dilacération et destruction des tissus, fractures comminutives et broiement des os, montrera la dernière limite des applications efficaces de la nouvelle méthode.

Le 28 août dernier, je fus mandé, par dépêche télégraphique, à Reims, pour un négociant qui venait d'avoir la paume de la main emportée par l'explosion d'une cartouche. Cette explosion, provoquée par le choc trop brusque de la cartouche dans son mandrin, avait déterminé la déchirure complète de la paume de la main. La charge, en se frayant un passage, avait broyé les chairs, coupé les artères, dilacéré les nerfs et les tendons, et produit la fracture comminutive du quatrième métacarpien. La peau, déchirée et retirée du dos de la main, laissait à découvert les articulations métacarpo-phalangiennes; et l'ensemble de la main, horrible à voir, ne présentait plus qu'une masse informe, où l'on distinguait les doigts gonflés et déchirés. Avant mon arrivée, qui n'eut lieu que seize heures après l'accident, le blessé avait reçu les soins intelligents de MM. Gailliet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, et Strapart, tous deux professeurs à l'Ecole de médecine de cette ville. L'artère cubitale avait été liée et la main placée, en attendant mon arrivée, sous une irrigation continue. C'était un cas d'amputation immédiate. Après avoir

exposé à mes confrères le système de pansement qui me faisait espérer de pouvoir conserver le membre, nous procédâmes à tous les préparatifs de ce pansement. Il était minuit et l'accident était arrivé à huit heures du matin. Nous fîmes une quinzaine de sutures, destinées à rapprocher autant que possible les lambeaux de peau déchirés et détachés; nous enlevâmes les parties broyées, nous en excisâmes quelques-unes, débarrassâmes la plaie des caillots et du sang extravasé. La plaie ainsi nettoyée, nous plaçâmes, au devant de l'excavation produite à la paume de la main, en avant et en arrière, deux plaques minces en cuir bouilli vernissé, de façon à empêcher les parois de la poche en caoutchouc de pénétrer dans cette anfractuosité, et surtout pour faciliter l'exsudation plastique qui devait combler cet espace vide. Le tout ayant été recouvert d'une bande et d'un taffetas très-fin de gutta-percha, arrosé d'une solution légère de permanganate de potasse, la main fut introduite dans l'appareil, celui-ci mis en rapport avec le récipient pneumatique à 65 degrés. Il était trois heures du matin lorsque le pansement fut terminé. L'irrigation fut continuée. Le malade s'endormit presque sans souffrir jusqu'à sept heures du matin. A son réveil, il était calme, n'avait éprouvé aucune apparence de fièvre; sa main était médiocrement sensible. Je quittai le blessé.

Le système de pansement fut continué avec la plus grande intelligence et le plus grand soin par MM. Gailliet et Strapart, qui avaient l'obligeance de m'envoyer régulièrement le bulletin de l'état du blessé. Je le revis huit jours après l'accident. Il n'y avait eu aucune apparence de fièvre; le pouls ne s'était jamais élevé au-dessus de 84 pulsations; ni frisson ni chaleur générale à la peau; un peu de tuméfaction et de chaleur du membre blessé, voilà tout. Dès ce moment de très-beaux bourgeons charnus se montraient sur tous les points de la surface de la plaie. Après la quatrième semaine, celle-ci était comblée et de niveau avec la surface de la main; et le trente-cinquième jour, la plaie, entièrement cicatrisée, n'offrait plus d'autres traces que les lignes cicatricielles marquant les points de jonction des parties, et résultant de leur rapprochement.

Pendant l'intervalle qui s'est écoulé depuis le premier pansement jusqu'au jour de la guérison, voici les principales particularités qu'il y a eu à noter :

Les parties broyées de la plaie se sont détachées et ont produit, pendant plusieurs jours, une odeur de sphacèle. Ces parties, attirées vers le récipient pneumatique, se sont engagées dans le tube

conducteur, et quelques-unes ont été entraînées jusqu'à l'intérieur du récipient, où le malade les entendait tomber.

La suppuration causée par la présence des parties à éliminer est restée très-modérée ; il n'y a jamais eu ni infiltration purulente, ni clapier, ni aucune apparence de résorption. M. Gailliet a été obligé d'exciser quelques lambeaux flottants et les portions de tendon exfoliées. Cependant ces complications n'ont entraîné, à aucun moment du traitement, ni accident inflammatoire, ni frisson, ni fièvre, ni perte d'appétit, ni trouble de sommeil. Le blessé, au contraire, a continué à boire, manger et dormir presque comme une personne en santé; et la douleur qu'il a éprouvée, dans tout le cours du traitement, n'a jamais dépassé les limites d'une douleur très-supportable.

Le 6 février, cinq mois après l'accident, la main se présente sous l'aspect d'une main normale ; la cicatrice, très-caractéristique de la méthode employée, offre les apparences de la peau normale; et, à l'exception d'une soudure de la base du médius et de l'annulaire, et de la perte du mouvement de ces deux doigts, la main a récupéré sa forme et ses fonctions normales.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule d'un sirop d'écorces d'oranges ferrugineux,

Par M. Taborel, pharmacien.

Depuis quelques années, diverses tentatives ont été faites pour obtenir des préparations ferrugineuses solubles, d'un goût agréable et faciles à administrer chez les enfants. Parmi les divers sels usités en médecine, le citrate de fer est celui qui nous semble préférable, à cause de sa saveur moins accentuée et qu'il est facile de masquer en l'associant au sirop d'écorces d'oranges amères.

Voici la formule à laquelle nous sommes arrivé :

Ecorce d'oranges amères	1,000	grammes.
Sucre	12,000	—
Eau	5,250	—
Alcool de Montpellier à 56 degrés	0,750	—
Citrate de fer ammoniacal	0,145	—
Acide citrique	25	—

Concassez les écorces ; faites-les macérer trois jours dans l'eau et l'alcool, distillez pour retirer encore 1 kilogramme de liqueur aro-

matique, passez sans expression le liquide resté dans le bain-marie, et avec le sucre faites un sirop très-cuit et bien clarifié que vous ramènerez au degré voulu par l'addition de la liqueur aromatique.

D'autre part, faites dissoudre le citrate de fer et l'acide citrique dans la plus petite quantité possible d'eau, filtrez et ajoutez au sirop. Le produit ainsi obtenu est ambré, très-limpide, fort aromatique, moins sucré et moins épais que les sirops ordinaires et se conservant bien.

Chaque dose de 30 grammes contient 0gr,25 de citrate de fer.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

L'onanisme et l'appareil Irvoy.

Je viens d'avoir l'occasion de voir à l'œuvre un de ces appareils, qui ont pour but de rendre impossible la masturbation chez les enfants : ici, c'est une fille de six ans qui fait l'objet de l'observation. Je désire que l'exposé des faits permette à chacun de tirer une conclusion semblable à celle que je formule en terminant. La masturbation, chez les petites filles comme chez les petits garçons, est un vice répandu, et il est de quelque importance de savoir si vraiment les instruments orthopédiques en réputation remplissent le but proposé. Il y a là un côté économique qu'un médecin doit connaître ; ces appareils sont chers et très-vite salis et usés : ce sont des frais qui en rendent toujours l'emploi difficile à généraliser, chose grave en face d'un mal répandu. Mais si les frais ont été faits sur la prescription du médecin de famille, il est d'urgence que l'avis soit sérieux, et l'utilité sérieusement établie.

Caroline C*** est âgée de six ans, et n'en paraît avoir que cinq à peine. Elle a le teint pâle, et le ton du visage blafard ; ses yeux, bien ouverts, ont peu d'éclat ; enfoncés dans l'orbite, ils sont entourés d'un cercle violet et les paupières sont bouffies.

L'enfant a le maintien timide ; l'expression du regard est celle de la crainte, et cela sans raison ; cette petite moue d'opprimée, avec ses regards lancés à la dérobée, un air réservé et entendu qui n'est point joué, concourent à lui donner un sérieux hors d'âge et un cachet d'amertume et de tristesse qui contrastent avec la turbulence et l'insouciance de ses frères et d'elle-même quand elle est bien portante.

La mère m'apprend qu'elle lutte depuis plusieurs mois contre l'habitude de l'onanisme, arrivée à un degré effrayant : ni la surveillance, ni les punitions, ni les coups n'ont fait céder l'enfant ; rien ne donne l'idée des ruses, inventions et moyens employés par cette petite fille de six ans pour satisfaire cette funeste passion.

Bientôt l'anémie, l'amaigrissement, un arrêt visible dans le développement, un véritable étiolement enfin s'est produit ; et l'incontinence des urines et des matières fécales est venue compléter le tableau et ajouter au dégoût qu'inspirent ces habitudes.

Un médecin distingué de Paris conseilla alors l'emploi de l'appareil Irvoy.

Quand je vis l'enfant, l'appareil était en place depuis sept à huit jours : il n'avait été déplacé que pour les lavages et soins de propreté, et la mère l'avait immédiatement remis.

Chacun sait que cet instrument se compose : 1° d'une partie pleine, centrale, qui couvre la vulve, et se termine en pointe auprès de l'anus ; 2° d'une ceinture qui tient cette plaque, comme le ressort du bandage herniaire ; 3° de deux sous-cuisses en chaîne métallique, couverte d'un étui de cuir, qui, partant du bas de la plaque, près de l'anus, viennent s'attacher à la ceinture, en contournant les fesses.

Des trous en écumoire laissent à l'urine un chemin au dehors. Voilà l'appareil.

J'examine attentivement la petite fille, l'appareil en place : quand elle reste immobile, les rapports des diverses parties semblent parfaits, et malgré la difficulté des soins de propreté et l'odeur urineuse qui persiste, on peut croire que toutes les conditions sont exactement remplies pour empêcher les attouchements.

Mais la mère nous dit que jamais sa fille n'a eu de nuits aussi mauvaises, qu'elle dépérit, qu'elle va plus que jamais sous elle, et qu'au lieu d'avoir gagné quelque chose au porter de cette incommode ceinture d'Irvoy, les manœuvres exaspérées ont pris une fréquence, un redoublement incroyables.

L'enfant a d'abord subi l'appareil avec indocilité : ç'a été juste le temps de trouver un moyen de passer le doigt sous la plaque et de déplacer l'instrument. Dès le deuxième jour, elle parut soumise : elle avait trouvé.

J'avoue que cela est en effet possible ; le doigt d'un adulte passe facilement sous le bec de la plaque, par conséquent rien de plus vite fait pour un enfant. Voici le procédé employé par le sujet dont il s'agit ici : elle fléchit la cuisse, passe la main sous le siége, et la

ceinture relâchée laisse soulever le bec, et permet tous les attouchements.

De plus, le bec de l'instrument a servi au même but, et les nombreuses excoriations qu'on trouve au périnée et à l'anus n'ont pas d'autres causes.

La présence de cet instrument dans le lieu même d'où les excitations doivent être éloignées autant que possible, les chatouillements, les frottements nombreux qu'il amène et dont il éveille l'idée ; les excoriations qu'il produit aux hanches, à l'anus et derrière lui, au coccyx, la malpropreté inévitable d'un appareil en un lieu semblable, tout cela, joint à l'inutilité bien évidente, me fait retirer l'appareil.

J'ordonne les bains froids et sulfureux, un régime analeptique, le vin de quinquina, le sirop d'iodure de fer, à doses croissantes ; les promenades journalières à pied, la vie au grand air. J'engage la mère à redoubler de surveillance le jour, et, la nuit, je fais porter à l'enfant une camisole forte, lacée au dos, à manche unique, attachée au devant de la poitrine.

Sous l'influence de la suppression des causes d'excitation génésique, et de l'impossibilité bien claire, bien évidente, bien certaine maintenant de satisfaire ses penchants, la petite fille reprend rapidement ses forces, son teint, son sommeil et ses grâces d'enfant.

En trois mois, elle a grandi, elle devient intelligente ; elle a perdu complétement ses habitudes d'onanisme.

Malgré cela, la mère, que l'expérience a instruite, remet quelquefois encore la camisole si simple et si sûre, quand les yeux cernés de l'enfant lui donnent de nouvelles craintes.

De cette observation je conclus qu'il est des organes que tout contact, même celui du calmant, révolte, irrite, des affections qu'on n'attaquera jamais avec succès sur le siége même du mal, et enfin qu'un moyen curatif, quand il est d'un prix élevé et en même temps d'une inutilité bien constatée, doit être banni d'une thérapeutique sérieuse.

Dr Gellé,
Ancien interne des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de pathologie et de clinique médicales, par Ambroise Tardieu, doyen et professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., 3e édit., revue, corrigée et augmentée.

En Allemagne, les hommes les plus haut placés dans la hiérar-

chie scientifique ne croient pas déroger, en publiant des manuels, des *enchiridions*, comme ils disent quelquefois, dans lesquels sont exposés d'une manière méthodique les principes et les données expérimentales élémentaires de la science. C'est que là, si portés que soient les esprits vers les questions transcendantes de la philosophie de la nature, il faut bien, comme partout, songer aux applications de la pratique, et que, par une sorte de sélection instinctive, les hommes qui se sentent le mieux doués dans ce sens, et ce ne sont pas les intelligences les moins lumineuses, consacrent leurs efforts à vulgariser, dans des livres à la portée de tous, les enseignements de leur personnelle expérience. Il n'en va pas d'ordinaire tout à fait ainsi parmi nous ; si chacun, au sortir des bancs, n'a point dans son portefeuille un manuel tout prêt à être publié, c'est pure modestie, mais modestie utile, dont, pour mon compte, je veux qu'on sache gré à ceux qui donnent ce salutaire exemple.

Plus est vulgaire parmi nous cette prétendue vocation à la vulgarisation des principes élémentaires de la science, plus on doit accueillir avec sympathie le travail du savant éminent qui, oubliant un instant le sujet habituel de ses laborieuses méditations, a eu l'heureuse pensée de concentrer dans un livre court et substantiel la suprême leçon d'une féconde expérience. Esprit ouvert à toute idée qui marque un réel progrès dans la science ou dans l'art, mais en même temps sûrement défendu contre toute idée aventureuse, sans racines dans les faits, par un jugement droit et ferme, M. Tardieu était peut-être parmi nous l'homme le plus propre à l'exécution de l'œuvre utile, dont il vient de publier la troisième édition sous la rubrique de *Manuel de pathologie et de clinique médicales*. Ce n'est pas assurément l'ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris qui voudrait momifier la science, ou l'immobiliser dans l'ornière d'une improgressive tradition ; mais il ne voudrait non plus que, faisant table rase de cette tradition, on prétendit à créer de toutes pièces une médecine nouvelle. Cette sage mesure dans l'appréciation des deux tendances qui se montrent aujourd'hui plus manifestement qu'à aucune époque dans l'évolution de la science médicale, ne peut qu'obtenir l'assentiment des esprits droits et quelque peu soucieux de la dignité de la médecine. S'il y a de nombreuses erreurs dans le passé, et dont heureusement nous avons secoué le joug, la nuée lumineuse qui doit nous diriger vers la terre promise de la vérité a eu déjà bien des éclipses qui nous ont laissés dans une profonde obscurité. Le jour se fera, je l'espère ; mais, en attendant, combien de questions sur lesquelles il fait en-

core nuit! Ecoutons un instant l'auteur sur ce point délicat; sa parole autorisée nous sera un enseignement qu'aucun de nous ne devra oublier, pour suivre avec moins d'insécurité les hardiesses de la science contemporaine. Après avoir posé que le but de tout traité élémentaire est moins encore de résumer les faits qui forment la base de la science, à un moment donné de son évolution, que d'en bien marquer l'esprit, en en développant la méthode et les principes, le médecin de l'hôpital Lariboisière ajoute : « L'époque actuelle est favorable à un semblable travail, car elle offre les moyens de concilier à la fois deux éléments qui ont paru trop longtemps se repousser et se combattre : d'une part, les conquètes récentes de la médecine exacte; de l'autre, les lumières éternelles de l'antique tradition médicale. C'est de ce double esprit que nous avons cherché à nous pénétrer; c'est lui qui doit, de nos jours, présider à tout essai nosologique. Qu'on nous permette quelques mots d'explication qui justifieront en même temps, nous l'espérons, le plan que nous avons suivi. Il n'y a plus, il n'y aura plus sans doute, en médecine, de système dogmatique; mais il y aura toujours des principes et une méthode scientifique propre qui se manifesteront par une étude de jour en jour plus complète des faits particuliers, et se résumeront, en dernier lieu, dans la classification de plus en plus naturelle des maladies. La nosologie doit donc remplacer les systèmes; et toute question est, dès à présent, contenue dans le mode de classification qu'adopte l'auteur d'un traité de pathologie. » Il faut peut-être plus de hardiesse, de témérité même, si l'on veut, pour arriver quelque jour à déchiffrer les nombreuses énigmes qui se rencontrent, à chaque pas, dans notre science laborieuse; mais quand il s'agit de l'art proprement dit et de ses applications immédiates, ce n'est point là ce dont il s'agit, et la marche prudente que préconise ici, et que suit dans son livre l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris est bien la seule qui doit être suivie. Au reste, il suffit, quand on sait un peu l'état de la science, et qu'on a mesuré du regard l'abîme des incertitudes qui s'y rencontrent encore à l'heure qu'il est, il suffit, disons-nous, de lire avec l'attention qu'il mérite l'ouvrage de M. Tardieu, pour s'assurer que la voie dans laquelle il veut diriger ceux qu'il aspire légitimement à guider est la seule où l'on puisse marcher avec quelque sécurité.

Je ne veux pas m'étendre davantage sur ce point; le livre de M. Tardieu, dont il a été déjà question ici même, s'est montré, dès sa première apparition, marqué de ce caractère de sage tempé-

rance, et le succès qu'il a obtenu, et qui grandira encore, nous en sommes sûr, lui est un éclatant témoignage qu'il a suivi la bonne route.

Nous disions, il n'y a qu'un instant, qne notre savant confrère se tient à égale distance du fétichisme du passé, et de la fatuité d'une foi qui ne croit qu'à l'avenir; les modifications profondes, mais non radicales, qu'a subies cette nouvelle édition du *Manuel de pathologie et de clinique médicales* viennent encore témoigner de l'esprit sagement progressif sous l'inflnence duquel l'ouvrage a été conçu et exécuté. Sans compter les remaniements nombreux dont une foule d'articles ont été l'objet dans cette troisième édition, on y remarque un bon nombre de chapitres ayant trait à des syndromes nettement arrêtés aujourd'hui, et dont l'auteur a tracé d'une plume ferme et lucide un tableau animé qui se gravera facilement dans l'esprit du lecteur attentif : tels sont l'ataxie locomotrice, l'atrophie musculaire progressive, la leucocythémie, la mélanhémie, la dégénérescence amyloïde, la paralysie agitans, l'ictère grave, l'ulcère simple de l'estomac, la maladie d'Addison, le goître exophthalmique, le rhumatisme noueux, la syphilis viscérale, etc. Si, parmi ces états morbides, un bon nombre sont assez nettement définis pour constituer ce qu'on appelait autrefois, et que M. Tardieu n'hésiterait pas encore aujourd'hui à appeler une essence nosologique, il en est quelques-uns peut-être qui ne forment encore qu'un syndrome artificiel destiné à disparaître, et à se perdre un jour en une unité pathologique plus compréhensive. Dans tous les cas, on ne saurait qu'approuver l'auteur d'avoir traité, dans son livre, de ces syndromes comme de déterminations morbides invariablement fixées. C'est le seul moyen d'en introduire l'idée dans la pratique commune, et de faire bénéficier celle-ci, vis-à-vis de ces accidents, des quelques données empiriques ou rationnelles qu'une étude attentive a déjà recueillies. Dans cette catégorie d'affections, dont l'observation appartient tout entière à la médecine contemporaine, peut-on presque dire, nous avons été étonné que M. Tardieu, aussi savant hygiéniste que pathologiste profond, n'ait pas fait figurer la trichinose. Je sais bien que, heureusement pour nous, cette affection parasitaire n'a, en quelque sorte, qu'une existence nominale; mais le livre de M. Tardieu, tout modeste qu'il est dans son titre, se recommande assez par le nom dont il est signé, pour qu'il franchisse les frontières de notre pays. Même sans l'avoir observée lui-même, l'auteur du *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité* eût répandu sur l'histoire de cette maladie les lumières de

son esprit lucide, et eût peut-être prévenu, là surtout où règne cette endémie, plus d'un écart d'imagination. Quoi qu'il en soit à ce sujet, nous recommandons aux lecteurs de ce journal qui aiment à se tenir au courant de la science, la lecture et la méditation des articles que nous venons de rappeler. Ils pourront assurément, dans une foule de monographies, trouver sur toutes ces questions beaucoup plus de détails que ceux qu'appelait un livre comme celui dont il s'agit en ce moment ; mais ils ne trouveront nulle part un tableau monographique plus complet et une appréciation plus saine des ressources, hélas ! souvent bien incertaines, que l'art peut opposer à des affections quelquefois si graves.

Nous n'en dirons pas plus sur cet ouvrage qui, dans la pensée de l'auteur, est surtout destiné à initier les élèves aux principes de notre science difficile, mais que, pour nous, nous aimerions à voir dans les mains de beaucoup de médecins même, qu'il dirigerait utilement dans la pratique de tous les jours.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur l'emploi de l'anesthésie locale. — Plusieurs fois, depuis l'article publié dans un des numéros précédents du *Bulletin de Thérapeutique*, j'ai eu l'occasion d'avoir recours à l'anesthésie locale par l'éther pulvérisé. Je ne l'ai pas employé pour les opérations dites de grande chirurgie, mais je suis convaincu qu'il ne peut alors réussir, car l'anesthésie est trop superficielle, ainsi que vont le prouver les quelques faits suivants :

Dans un premier cas, il s'agissait d'une petite tumeur kystique superficielle, grosse comme une aveline, située à la face interne du bras droit ; quoiqu'elle ne déterminât pas d'accident bien sensible, la malade voulait en être débarrassée. Je projetai avec l'appareil Richardson, légèrement modifié, de l'éther sur la tumeur pendant quatre minutes, jusqu'à ce que la peau présentât une coloration blanchâtre ; puis, voyant que la malade ne sentait pas la piqûre d'une épingle, je fis une petite incision cruciale, comprenant le tégument. Cette incision ne fut nullement douloureuse, mais de légères douleurs se firent sentir pendant la dissection des petits lambeaux, et l'énucléation du kyste à face profonde détermina des douleurs qui ne me parurent en rien amoindries par l'anesthésie locale.

J'ai essayé ce moyen anesthésique dans une seconde circonstance, pour extraire un corps étranger (une écharde de bois) engagé sous la peau à une certaine profondeur. Quatre minutes de projection, comme dans le cas précédent. De même aussi, la première incision au tégument ne fut pas perçue, ou du moins la malade sentit le contact du bistouri sans douleur. Mais les manœuvres qu'il me fallut faire pour aller à la recherche du corps étranger, son extraction, provoquèrent des douleurs assez vives, aussi vives assurément que si je n'eusse pas préalablement employé l'éther.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'extraire la phalangette nécrosée à la suite d'un panaris. Il faut bien dire que les cas de ce genre sont le triomphe de la nouvelle méthode. Après avoir mis un bandeau sur les yeux de la malade, très-effrayée, je fis l'incision nécessaire pour saisir et extraire le séquestre, et cette petite opération ne provoqua aucune douleur, à la très-grande satisfaction de la malade.

La sphère d'action d'un seul jet d'éther n'est pas très-étendue, 5 à 6 centimètres carrés au plus, à ce qu'il m'a semblé du moins, et si le bistouri dépasse cette sphère, la douleur est immédiatement provoquée ; aussi est-il nécessaire, lorsque le chirurgien doit pratiquer une incision un peu étendue, qu'il ait à sa disposition plusieurs appareils fonctionnant en même temps.

Il résulte des quelques faits précédents que l'anesthésie locale convient particulièrement toutes les fois que l'opération doit se borner à l'incision de la peau, comme dans les abcès superficiels, par exemple : c'est là son triomphe. Ce n'est pas à dire qu'il faille la rejeter pour l'ablation de petites tumeurs superficielles, car on n'emploie pas le plus souvent alors l'anesthésie générale, et si l'on n'abolit pas complétement la douleur, elle se trouve du moins notablement diminuée.

Que dire des ablations du sein sans douleur avec l'anesthésie locale et des autres opérations analogues? Ce que j'ai vu jusqu'alors me disposerait assez peu à y croire. Dr Tillaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement du céphalhæmatome par le collodion. Nous croyons être utile en faisant connaître un procédé fort simple employé par M. le professeur Dumas, de Montpellier, et indiqué par M. Guinier. Nous voulons parler du badigeonnage de la tumeur par le collodion.

Après une ponction préalable, dans

le cas de tumeur volumineuse et datant de plusieurs jours, ou même sans autre préliminaire, on étend une bonne couche de collodion pur sur toute la surface de la tumeur, en dépassant son pourtour de 1 ou 2 centimètres. En se desséchant, le collodion exerce une compression modérée et régulière sur la masse entière du céphalhæmatome.

Le lendemain et les jours suivants, nouvelle application de collodion sur les couches précédentes. Bientôt la tumeur décroît, et sa diminution la sépare de la calotte de collodion qui la recouvre. Il est alors facile de détacher, au moyen de pinces et de ciseaux, cette lame de collodion desséché. On la remplace par un nouveau badigeonnage avec le collodion, et l'on renouvelle ce pansement quotidien jusqu'à disparition complète de la tumeur; ce qui arrive, en général, avant le quinzième jour.

Les nouveau-nés supportent très-paisiblement ces applications, malgré l'impression pénible du froid et l'action légèrement irritante du liquide employé. A peine quelques cris, facilement calmés par le sein maternel, rendent compte de ce malaise passager. Le plus grand inconvénient de ce traitement est la chute des cheveux sur les points badigeonnés; mais ils repoussent rapidement après la cessation du remède, et il ne reste bientôt plus aucune trace de la maladie.

Ce procédé, employé vulgairement à la clinique d'accouchement de la Faculté, sous la direction de M. le professeur Dumas, qui, le premier, en a eu l'idée et l'a mise en pratique, nous paraît une fort ingénieuse application du collodion.

Elle permet, en effet :

1° D'exercer sur le céphalhæmatome une compression modérée, complète, régulière et graduée, sans qu'il en résulte aucun malaise sérieux pour l'enfant, ni aucune dépression des os si flexibles du crâne ;

2° D'obtenir une guérison qui, dans les cas les plus graves, n'a pas dépassé quinze jours. (*Revue medicale.*)

Traitement du délirium tremens par le capsicum annuum. Parmi les nombreux moyens qui ont été préconisés contre le délire des ivrognes figurent les excitants généraux. Or, il paraît que le *capsicum annuum*, piment, poivre long, que son action sur l'économie ne peut manquer de faire ranger dans cette classe de médicaments, serait employé avec succès, dans les Indes occidentales, pour traiter cette maladie. D'après les docteurs Kinnear et Lawson, à l'hôpital de Melville, on ne compterait pas moins de soixante-dix à quatre-vingts cas de délirium tremens où l'agent en question aurait été employé avec succès. On l'administre sous forme de poudre à la dose de 1 scrupule (1gr,30), et dans certains cas, une seule dose peut suffire.

Le docteur Lyons, médecin de l'hôpital de Whitworth, ayant eu connaissance de ces faits, et ayant déjà du reste expérimenté ce remède, y a eu recours dernièrement encore dans un cas bien marqué de délirium tremens, maladie, comme on sait, très-commune dans le Royaume-Uni. Il s'agit d'un homme de quarante ans, garde-magasin chez un marchand de vin, qui fut transporté à l'hôpital, présentant les symptômes ordinaires de l'affection qui nous occupe ici : délire, hallucinations, tremblement, insomnie rebelle, sueurs, agitation qui le portait à se jeter incessamment hors de son lit, obligeait à le surveiller sans interruption et finit par rendre nécessaire l'emploi de la camisole de force. Il y avait cinq jours que ces accidents duraient, lorsque le traitement fut commencé. 30 grains de poudre de capsicum furent administrés en un seul bol, qui fut pris sans difficulté, malgré une sensation d'ardeur assez intense dans la bouche et le pharynx; une sensation analogue ne tarda pas à se faire sentir dans l'estomac et le canal intestinal. Moins d'une heure après l'ingestion de ce bol, le malade tomba dans un sommeil tranquille qui dura quatre heures, et dont il s'éveilla parfaitement calme, ayant sa connaissance entière et vraiment convalescent. Il est à regretter que peu de temps après, malgré cet état tout à fait satisfaisant, on ait cru devoir administrer une potion, contenant une assez forte dose de gouttes noires, qui n'avait été prescrite que conditionnellement, pour le cas où le capsicum resterait sans effet. C'est une circonstance qui, aux yeux de certaines personnes, pourrait infirmer la valeur du fait thérapeutique dont il s'agit, mais qui, cependant, ne l'infirme nullement en réalité, puisque, ainsi que le fait remarquer l'auteur de l'article, l'état du malade à son réveil n'indiquait pas l'emploi de la préparation opiacée. (*Med. Press and circular*, avril 1866.)

Cas de spina bifida traité avec succès au moyen des injections iodées. Le traitement du spina bifida est une des questions qui avaient excité le plus l'attention et l'intérêt de notre regretté prédécesseur. Les lecteurs du *Bulletin* se rappelleront le rapport fait par lui sur ce sujet à la Société de chirurgie, rapport qu'il terminait de la manière suivante : « De toutes les méthodes thérapeutiques connues, l'emploi des injections iodées constitue le traitement le plus efficace et le plus inoffensif de ce vice de conformation. » (Voir *Bull. de Thérap.*, t. LIX.) Voici un fait qui vient à l'appui de cette appréciation.

L'enfant dont il s'agit dans ce cas vint au monde le 3 octobre 1859, et immédiatement après sa naissance M. W. Martin Coates, chirurgien de l'infirmerie de Salisbury, qui avait assisté la mère dans son accouchement, constata la présence du spina bifida. La tumeur, du volume d'une grosse noix, flasque et transparente, siégeait à la partie inférieure de la dernière vertèbre lombaire et supérieure du sacrum. L'ouverture de communication avec le canal rachidien, qu'on sentait facilement, avait environ un demi-pouce de long et un quart de pouce de large. L'enfant était d'ailleurs bien conformé et dans un parfait état de santé, sans paraplégie. La tumeur devenait plus tendue quand la petite malade criait ou faisait des efforts; elle alla ensuite augmentant de volume progressivement, devenant de jour en jour moins flasque pendant le repos, plus tendue sous l'influence de l'effort ou du cri.

M. Coates proposa l'opération, et ses vues furent confirmées dans une consultation avec M. Paget; mais une coqueluche qui survint obligea à attendre quelque temps. Enfin, le 8 janvier 1860, la tumeur était devenue si tendue, ses enveloppes si amincies, surtout en un point, que le chirurgien ne crut pas pouvoir prolonger davantage les délais. Le chloroforme ayant été administré avec les plus grandes précautions par les soins et sous la surveillance du docteur Blackmore, M. Coates, se servant d'une seringue de Wood, de la contenance d'une demi-drachme et munie d'une canule en forme d'aiguille perforée, introduisit celle-ci à travers une partie saine de la peau dans la cavité de la tumeur, et retira, en s'y reprenant à plusieurs reprises, sans extraire la canule, mais en se bornant à dévisser le corps de la seringue, environ deux drachmes du liquide contenu dans le spina bifida, liquide qui était parfaitement clair et transparent; puis il injecta deux drachmes d'une solution composée de : iode, 10 grains, iodure de potassium, 20 grains; eau distillée, 1 once. Immédiatement après, la tumeur fut recouverte de collodion contractile. Il y eut, à la suite de l'injection, des mouvements convulsifs des doigts et des orteils. Pendant les vingt-quatre heures qui suivirent, l'enfant ne fut pas bien et refusa de prendre le sein; mais il se remit, et tout symptôme défavorable disparut. A partir de ce moment, la guérison fit des progrès non interrompus : la tumeur s'aplatit; ses enveloppes devinrent d'abord comme marbrées par le fait du dépôt d'une substance blanchâtre dans leur épaisseur, prirent plus de densité et finirent par devenir épaisses et opaques. Deux mois après l'opération, la petite fille était tout à fait bien, et maintenant elle est aussi bien portante, aussi vigoureuse et alerte que tout autre enfant de son âge.

Peut-être regrettera-t-on de ne pas trouver des détails plus circonstanciés sur la marche du travail qui suivit l'opération. Quoi qu'il en soit, ce fait est intéressant. On y remarquera la substitution de la seringue de Wood au trocart ordinaire, et la combinaison de deux moyens qui, l'un et l'autre, ont été préconisés et comptent des succès : l'injection iodée dans la tumeur et la compression de celle-ci par des applications de collodion à l'extérieur. (*Lancet*, 3 mars 1866.)

Traitement de la gonorrhée par les bougies médicamenteuses. M. Thompson pense que le peu d'efficacité des injections tient au temps trop court pendant lequel elles sont en contact avec la muqueuse. Il a eu l'idée d'appliquer les astringents sous une forme telle qu'ils pussent agir plus longtemps sur la surface enflammée. Il a fait disposer des bougies longues de 6 à 8 centimètres, préparées avec du beurre de cacao et contenant les médicaments à employer. Ces bougies sont moulées, parfaitement fermes et lisses; leur longueur peut varier, mais les dimensions ci-dessus ont paru les plus convenables. Une bougie soluble, égale au numéro 8 ou 9 de la filière, peut, après avoir été légère-

ment huilée, être introduite par le malade lui-même dans le canal de l'urètre. La bougie se ramollit graduellement en dix minutes à peu près, et le malade en introduira une chaque soir en se couchant. M. Thompson a adopté le moyen suivant pour maintenir la bougie *in situ* : on coupe un morceau d'emplâtre adhésif d'environ 2 centimètres 1/2 de large sur 12 centimètres 1/2 de long ; un morceau de forte charpie anglaise (*Taylor's stout lint*) de la même grandeur est roulé en un petit bourrelet et placé au centre de l'emplâtre, qui est appliqué le long de la surface inférieure et du dos du pénis, le prépuce étant entièrement rétracté ; un second morceau d'emplâtre, de moitié moins large que le premier, entoure transversalement le gland. Chaque bougie contient : 0,015 de nitrate d'argent, 0,06 de tannin, 0,04 d'acétate de plomb, ou 0,60 de nitrate de bismuth comme astringents, ou bien 0,12 d'opium ou 0,12 d'extrait de belladone, etc. Par ce procédé, dit M. Thompson, non-seulement le médicament est maintenu plusieurs heures en contact avec la muqueuse urétrale, mais il est en quelque sorte exprimé (*squeezed*) dans les lacunes qui échappent aux injections. Je ferai remarquer que les bougies médicamenteuses ne sont pas chose nouvelle, les formulaires en contiennent beaucoup ; toutefois, les proportions et le véhicule choisis par M. Thompson me paraissent plus rationnels et mieux adaptés qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. (*The Lancet* et *Gaz. hebdomad.*)

Varicocèle traitée par la galvano-caustique. Paul B***, âgé de quarante-quatre ans, valet de chambre, souffrait depuis huit ans d'une varicocèle volumineuse du côté gauche. Le 29 janvier dernier, M. Amussat l'a opéré par la cautérisation des veines variqueuses du cordon, au moyen de la galvano-caustique. Le paquet variqueux préalablement isolé et séparé avec soin du canal déférent, M. Amussat a embrassé et étreint ce paquet dans une anse de fil de platine, qu'il a placée d'après le procédé de Ricord, en faisant ressortir les deux chefs par le même orifice cutané, de manière à ménager complétement le scrotum. Ces deux chefs ayant été mis en rapport avec un appareil de Middeldorpf, sitôt que le circuit a été établi, le fil est devenu incandescent. Il a suffi de quelques secondes pour que la masse du cordon ait été cautérisée et sectionnée. L'opération a été très-douloureuse, mais très-supportable cependant. Le pansement a consisté tout simplement en un peu de ouate de coton placée dans un suspensoir. Le soir, l'opéré a eu un petit mouvement de fièvre. Il a gardé le repos au lit pendant dix-huit jours. A dater du jour de l'opération il n'a plus éprouvé de douleurs du tout ; il n'est plus survenu le moindre accident.

Après un séjour d'un mois à la campagne, Paul B*** a pu reprendre son service de valet de chambre dans le commencement d'avril. Nous l'avons revu ces jours derniers, et nous avons pu constater que la guérison était parfaitement maintenue ; il ne reste d'autre trace de son ancienne maladie et de l'opération qu'elle a nécessitée, qu'une nodosité cicatricielle sur le trajet de la veine. (*Gazette des hôpitaux*, 2 juin 1866.)

Des ponctions répétées dans l'hydronéphrose congénitale. Le docteur Hillier rapportait récemment dans les *Transactions médico chirurgicales de Londres*, 1865, une observation d'hydronéphrose congénitale traitée par les ponctions successives. Voici le résumé de cette observation : il s'agissait d'un enfant de trois ans et sept mois qui, depuis sa naissance, avait l'abdomen très-volumineux. Il avait toujours eu un excellent appétit, et les excrétions alvines et urinaires n'avaient rien offert d'anomal. M. Hillier, consulté sur l'état de cet enfant, remarqua que la tuméfaction était plus considérable au-dessus de l'ombilic qu'au-dessous, et plus prononcée à droite qu'à gauche. Croyant à l'existence d'un kyste qui se rattachait au rein, le médecin anglais se décida à pratiquer la ponction, et retira 120 onces d'un liquide clair, jaunâtre, un peu acide, ne contenant pas d'albumine, et présentant tous les caractères d'une urine peu concentrée. Par l'analyse chimique, on découvrit une notable proportion d'urée, de chlorures de sodium, une petite quantité d'acide urique, des phosphates et des sulfates.

La ponction n'amena aucun accident ; mais la tumeur revint peu à peu. On s'assura à plusieurs reprises que le liquide du kyste et l'urine offraient les mêmes caractères. On essaya de produire un orifice fistuleux, en laissant une canule à de-

meure; mais l'orifice ne tarda pas à se cicatriser. La tuméfaction de l'abdomen persistant, on renonça à toute opération, et on envoya dans une maison de convalescence cet enfant, dont la santé paraissait d'ailleurs excellente. (*Gazette des hôpitaux.*)

De l'arsenic contre les hémorroïdes. Un client du docteur Parvin qui souffrait d'un asthme vint le consulter. Cet homme, en outre, avait depuis longtemps des hémorroïdes qui avaient été successivement traitées par la ligature, l'acide nitrique, l'incision et l'excision. Chacune de ces opérations n'avait amené qu'un soulagement momentané. N'ayant eu vue que le traitement de l'asthme, M. Parvin lui prescrivit la solution de Fowler. Au bout d'une semaine, une grande amélioration était survenue du côté des hémorroïdes, et un traitement prolongé amena une entière guérison. Depuis cette époque, le malade a eu quelques rechutes dues à des écarts de régime; mais chaque fois il a suffi de quelques jours de ce traitement (8 gouttes de liqueur de Fowler trois fois par jour) pour faire disparaître tous les accidents.

Il y a déjà quelques années que Locock a signalé la valeur de l'arsenic dans le traitement des hémorrhagies atoniques, et, tout récemment, Handfield Jones a expliqué les effets de l'arsenic par l'influence que ce médicament exerce sur la contraction des vaisseaux, et il est probable que c'est de cette façon qu'il faut expliquer les avantages que le docteur Parvin en a retirés contre l'affection hémorroïdaire. (*Cincinnati Journal of medecine.*)

Du suc de citron dans l'empoisonnement des euphorbiacées. Le docteur Waring a donné le suc de citron comme antidote dans les empoisonnements par certaines plantes de cette famille. Administré à larges doses, le suc de limon a produit les résultats les plus heureux, notamment dans les empoisonnements par les semences du cureas multifida et par les racines fraîches du manihot utilissima. Comment agit le citron? Il est difficile de se prononcer; mais on ne peut se refuser à l'évidence. Le docteur Waring suppose que les autres acides végétaux doivent avoir la même vertu, et, à l'appui de son opinion, il cite les semences de l'euphorbia latyris; macérées dans le vinaigre, qui les dépouille de leur âcreté, elles deviennent un condiment innocent et sont journellement vendues comme câpres. (*Pharmaceutical Journal* et *Gazette hebdomadaire.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Propriétés anesthésiques du protoxyde d'azote. M. Preterre vient de faire de nouvelles recherches sur ce gaz comme agent anesthésique, et voici ce qu'on observe quand on soumet un individu aux inhalations de protoxyde d'azote dans le but de lui pratiquer une opération:

Après une à deux minutes d'aspiration environ, l'anesthésie est produite. Elle dure en général de 30 à 50 secondes, temps parfaitement suffisant pour pratiquer une petite opération (ongle incarné, dents, abcès, etc.). En prolongeant les inspirations du gaz, nous avons obtenu une fois trois minutes d'anesthésie; mais nous n'avons pas essayé d'aller plus loin. Ce qui caractérise l'anesthésie déterminée par le protoxyde d'azote, c'est la rapidité avec laquelle elle se produit et le peu de temps qu'elle dure. Nous avons tout récemment endormi un jeune homme, nous lui avons extrait trois molaires, et il s'est réveillé; le tout a duré 130 secondes.

La dose de gaz qui nous est habituellement nécessaire pour produire l'anesthésie s'élève de 25 à 30 litres.

L'appareil dont se sert M. Preterre est le suivant : On place dans un ballon du nitrate d'ammoniaque *parfaitement pur;* ce ballon est chauffé au moyen d'une lampe à alcool. Le gaz qui se dégage traverse trois flacons laveurs : le premier contenant de l'eau acidifiée avec de l'acide sulfurique; le second une solution de potasse, et le troisième de l'eau distillée. Il faut avoir soin, quand on opère sur des quantités un peu considérables, de choisir des flacons laveurs d'une capacité de 4 à 5 litres, afin d'éviter l'échauffement trop rapide du liquide qu'ils contiennent.

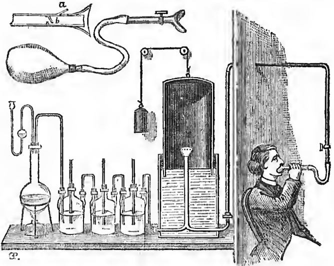
Ainsi purifié, le gaz arrive dans un gazomètre à cloche en fer-blanc d'environ 200 litres de capacité.

Le malade respire ce gaz au moyen d'une embouchure construite de façon que le gaz expiré est rejeté en dehors, au lieu d'être renvoyé dans l'appareil qui le fournit. Elle est munie, pour cet objet, de deux soupapes, dont on comprend facilement le mécanisme à la simple inspection de la figure.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le protoxyde d'azote jouit de la propriété de produire très-rapidement un sommeil anesthésique de courte durée;

2° Lorsque ce gaz est employé *parfaitement pur*, il peut être respiré



sans danger et ne produit jamais d'accident ;

3° Pour toutes les opérations de peu de durée, avulsion des dents, extraction des ongles incarnés, ouverture des abcès, etc., on doit lui donner la préférence à tous les agents anesthésiques connus.

VARIÉTÉS.

Recherches sur le genre de mort de J.-J. Rousseau (1),

Par M. le docteur Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Mais cette Thérèse qui voulait se faire adopter par M. et Mme de Girardin, cette amante du cocher Montretout, lequel finit peu de mois après par se faire chasser, cette Thérèse va nous donner une tout autre version dans sa lettre à Corancez.

Voyons si nous pourrons y recueillir quelques faits propres à nous éclairer sur la nature de la mort de J.-J. Rousseau. Nous n'avons eu à noter, dans le récit de M. de Girardin, que des coliques violentes, des picotements de poitrine, des secousses dans la tête et puis une chute sur le front ; cette fois, Thérèse n'aura plus de beaux discours à rapporter, il n'y a plus d'attendrissement de part et d'autre, plus de recommandations pour M. de Girardin, plus même d'admiration pour la verdure, pour le ciel bleu ; il y a un récit bref, simple, allant droit au but et ne visant pas à produire de l'effet.

(1) Suite et fin. Voir les dernières livraisons, p. 472 et 521.

Le voici tout entier :

« A mon retour (elle venait de payer un serrurier qui avait aidé au déménagement de Rousseau), j'entendis les cris plaintifs de mon mari, j'entrai précipitamment : il était couché sur le carreau. J'appelai du secours ; il me dit de me contenir, qu'il n'avait besoin de personne, puisque j'étais revenue ; il me dit encore de fermer la porte et d'ouvrir les fenêtres, ce que j'ai fait. Ensuite j'aidai mon mari de toutes mes forces à se mettre sur son lit, je lui fis prendre de l'eau des Carmes, lui-même versa les gouttes ; je lui proposai un lavement, il le refusa ; j'insistai, il consentit à le prendre. Je le lui donnai le mieux que je pus, mais pour le rendre il descendit lui-même et sans mon aide du lit, il alla se placer sur la garde-robe. J'allai à lui en lui tenant les mains, il rendit le remède, et au moment où je le croyais bien soulagé, il tomba le visage contre terre. Je jetai des cris perçants, ajoute Thérèse, la porte était fermée ; mais M. de Girardin, qui avait une clef, entra : j'étais couverte du sang qui coulait du front de mon mari ([1]). »

Est-ce bien à ses cris, à ses cris seulement que le marquis et la marquise accoururent ; n'est-ce pas aussi au bruit d'une détonation ?

L'opinion de tout le pays, lors de l'arrivée de Corancez, c'est-à-dire le lendemain de la mort, était que Rousseau avait mis fin à ses jours par un coup de pistolet. « En arrivant à Louvres, dit Corancez ([2]), dernière poste jusqu'à Ermenonville, le maître de poste se présenta à notre voiture, il s'appelait Payen. Il nous dit qu'il présumait notre voyage occasionné par le malheureux événement de la mort de M. Rousseau, puis il ajouta d'un ton pénétré : — Qui l'eût cru que M. Rousseau se fût ainsi détruit lui-même ! Nos oreilles furent étonnées de cette nouvelle, nous lui demandâmes de quel moyen il s'était servi. — D'un coup de pistolet, nous dit-il. »

Nous reviendrons tout à l'heure sur cette explication d'un suicide qui aurait été commencé par un empoisonnement et terminé par un coup de pistolet. Nous savons ce qui s'est passé tant que Rousseau a été accessible ; mais dans cette heure de réclusion volontaire avec Thérèse, qu'est-il réellement arrivé ? Comment la mort est-elle survenue ? Rousseau est en proie à de vives douleurs, des coliques atroces lui arrachent des cris, il s'enferme avec une femme qui vient de mettre le comble à ses infortunes. Celle-ci, au bout d'une heure environ, pousse des cris ; on accourt, et on la trouve couverte du sang de son mari. D'où vient ce sang ? d'une blessure que Rousseau porte au front ? Comment s'est-il ainsi blessé ? Thérèse raconte au marquis qu'il est tombé sur la tête, après avoir prononcé un discours très-religieux et très-touchant ; mais plus tard elle écrit à Corancez que Rousseau est tombé de sa garde-robe après avoir rendu un lavement, et cela sans prononcer une parole.

Désireux de conserver à la postérité les traits de Rousseau, le marquis de Girardin avait fait venir de Paris le célèbre sculpteur Houdon. Le moulage parut très-ressemblant, le marquis n'en dit pas davantage. Mais Corancez raconte qu'après avoir fait cette opération, Houdon lui parla de cette blessure qu'on attribuait à une chute. Houdon lui dit qu'elle consistait en un *trou si profond*, que lui, sculpteur, *avait été embarrassé pour en remplir le vide* ([3]).

On comprend la portée de ces révélations ; mais ce n'est pas tout, il nous reste maintenant à faire connaître les deux pièces les plus importantes de ce procès, puisqu'elles émanent des hommes de l'art, et qu'on les a toujours données comme des *actes officiels*.

. . . .

Après avoir rapporté textuellement les déclarations des médecins qui ont fait l'autopsie de Rousseau, et après avoir montré que ces rapports ne peuvent expliquer la mort de Rousseau d'une façon naturelle, M. Dubois (d'Amiens) termine de la façon suivante :

Il n'y a donc plus à en douter, Rousseau s'est volontairement donné la mort ; comme le stoïque aux yeux secs d'André Chénier, il n'a pas voulu l'attendre, baisser la tête pour la relever ensuite, il a préféré courir au-devant d'elle et l'embrasser avant le temps.

Mon intention n'est pas d'entrer ici dans une voie de récriminations ; je ferai seulement observer qu'on ne peut supposer aucune espèce d'intérêt particulier

([1]) Corancez, *Note sur la lettre de Thérèse*, p. 76 et 77.

([2]) *Loc. cit.*, p. 59.

([3]) *Loc. cit.*, p. 80.

à ceux qui ont cru au suicide de J.-J. Rousseau et qui ont cherché à en prouver la réalité ; tandis qu'on ne peut pas dire la même chose de ceux qui ont soutenu la thèse contraire ; non que les motifs de ceux-ci aient été blâmables en eux-mêmes : loin de chercher à nuire à Rousseau, ils ont pu croire qu'en cela ils sauvaient sa mémoire ; mais enfin ils s'y trouvaient eux-mêmes intéressés. C'était ce que pensait Corancez dès le lendemain de la mort de Rousseau : « M. de Girardin, disait-il, nie que la mort de Rousseau ait été le résultat d'un suicide ; mais qu'on se mette à sa place, il n'avait cherché à attirer chez lui Rousseau que pour son bonheur, il avait employé tous les moyens pour arriver à ce but, n'était-il pas fâcheux de n'avoir pas réussi ? N'était-il pas bien pardonnable de chercher à couvrir cette vérité et de l'envelopper de voiles (1) ? »

« Que devait faire M. de Girardin ? disait à son tour Musset-Pathay en 1824. Cacher soigneusement ce fait : il le devait à la mémoire de son hôte illustre et malheureux, et se le devait à lui-même. »

Ainsi, quel que soit le nombre des biographes qui ont soutenu et qui soutiennent encore aujourd'hui que la mort de Rousseau n'a pas été le résultat d'un suicide, ils n'ont fait en cela qu'adopter l'opinion d'une famille ; et cette opinion n'en est pas moins restée particulière. Voyez au contraire comment s'est établie l'opinion du suicide. Rousseau vient de mourir ; on prend les devants, on arrange l'histoire d'une apoplexie séreuse, et tout Paris est convaincu que cette mort a été volontaire, qu'il y a eu suicide. On publie les rapports rédigés sur les lieux par les médecins, et Berdelin, qui était chirurgien du lieutenant de police Lenoir, s'en va disant partout à qui veut l'entendre : *Rousseau est mort, où, on le sait ; mais comment, on l'ignore* (2).

Corancez s'en explique loyalement avec le marquis de Girardin, le jour même des obsèques de Rousseau, et à partir de ce moment, cette opinion se maintient comme opinion générale. En 1778, Mme de Staël donne quelques détails qu'on cherchera plus tard à réfuter. En 1798, Corancez fait imprimer le récit de tous les faits dont il a été témoin dans le seul intérêt de la vérité, et pour l'instruction de ses enfants. En 1824, Musset-Pathay, dans l'intérêt de l'histoire, reproduit cette même opinion qu'on a cherché de nouveau à révoquer en doute, mais qui finira par prévaloir, comme tout ce qui porte le caractère de la vérité.

Je viens de montrer que tous ceux qui ont combattu la version du suicide de J.-J. Rousseau y ont été portés par des motifs particuliers ; je dois dire cependant que parmi eux il se trouve un écrivain parfaitement désintéressé, c'est M. Berville, dont j'ai déjà parlé. Certainement M. Berville n'a été mû en cela que par l'amour de la vérité ; mais je répéterai ce que j'ai fait remarquer au commencement de ce travail : M. Berville s'est borné, sur ce point, à de simples dénégations.

Il est vrai que le dessein de M. Berville n'était pas de réfuter, en forme et pièces en main, l'opinion du suicide ; il s'était proposé, avant tout, dans son intéressante notice, de parler du caractère et des ouvrages de J.-J. Rousseau.

Il s'est donc borné à exposer son opinion sur ce point, sans entrer dans aucun développement.

« Plusieurs, disait-il, ont cru que la mort de Rousseau avait été le résultat d'un suicide, mais les actes officiels, le plâtre moulé sur sa figure, et l'unanimité des témoignages compétents, réfutent absolument cette opinion qui ne s'appuie sur aucun fondement sérieux ; ce qui, d'ailleurs, est en opposition avec le cours qu'avaient pris, à cette époque, les sentiments de Rousseau. »

J'avais fait remarquer que c'était là une question médico-légale que je me proposais d'instruire avec M. le président Berville, en lui apportant le concours de mes faibles lumières ; or, je dois supposer que M. Berville est parfaitement édifié sur tous les points en litige ; et d'abord sur les actes prétendus officiels que lui aussi plaçait en première ligne, il sait maintenant que ces actes ne prouvent absolument rien contre le suicide, qu'ils sont sans valeur scientifique, surtout en ce qui concerne la prétendue apoplexie séreuse ; M. Berville sait aussi maintenant ce qu'il faut penser du plâtre moulé par Houdon, ce plâtre qui lui-même révèle l'existence d'un trou au crâne. Quant aux témoignages que, par une singulière préoccupation d'esprit, M. Berville donnait comme *unanimes*, il trouvera assurément avec nous que cette *unanimité* ne s'est

(1) *Op. cit.*, p. 64.
(2) *Mémoires* de Bachaumont.

jamais trouvée que dans la famille Girardin; et la *compétence*, faudra-t-il aussi la réserver pour cette famille? Faudrait-il dire que tous ceux qui ont été de l'opinion du suicide étaient incompétents?

Que si nous arrivons enfin au cours qu'avaient pris alors les sentiments de Rousseau, il faudra bien que M. Berville convienne que ce cours était tel qu'il entraînait fatalement Rousseau au suicide; et M. Berville se rendra d'autant plus à cette opinion, qu'il a parfaitement compris quels étaient les sentiments de Rousseau au moment où il se donnait la mort, quand il a dit si énergiquement que « Rousseau est mort en maudissant sa gloire et doutant de la postérité. » Mais j'insiste sur cette disposition d'esprit de Rousseau à sa dernière heure, si bien exprimée par M. Berville, et je me demande, avant de clore ce travail, d'où vient que Rousseau en était arrivé à maudire sa gloire.

Est-ce qu'il aurait eu quelque pressentiment de cette affreuse popularité qu'allaient lui faire les hommes de la Révolution?

Il venait d'être paisiblement inhumé à Ermenonville, dans l'île dite *des Peupliers*, le 4 juillet 1778.

Le marquis de Girardin et son fils le comte Stanislas se sont bien encore laissés aller à leurs élans habituels de sensibilité. Ainsi, le marquis nous donne, à cette occasion, une touchante description « de cette île qui lui semble une espèce de sanctuaire formé par la nature, dit-il, pour recevoir son favori. »

« La paix y est profonde, dit-il, le vent semble craindre d'en troubler la tranquillité. » Et puis arrive la *Nouvelle Héloïse*, Julie mourante, etc.

Le comte Stanislas est encore plus abondant et plus attendri: « La nature était triste, dit-il, elle semblait sentir toute l'étendue de la perte qu'elle venait de faire; les spectateurs de cette lugubre et touchante cérémonie étaient nombreux, ils conservaient un silence religieux qui n'était interrompu que par des sanglots, etc. »

Mais le procès-verbal d'inhumation nous apprend que le corps de Rousseau fut porté dans l'île des Peupliers à onze heures du soir, n'ayant d'autre cortège que celui que lui formaient deux ou trois amis venus de Paris; le beau-père de Corancez, Génevois et protestant, Corancez lui-même, puis le procureur fiscal et son greffier.

Ce fut le marquis de Girardin qui dut rendre à Rousseau les honneurs funèbres, en présence, dit le procès-verbal, des amis du défunt qui signèrent l'acte d'inhumation, du docteur Le Bègue de Presle, Romilly, citoyen de Genève, Guillaume-Olivier de Corancez, Bimond, procureur fiscal, et son greffier Harlet.

Heureux Rousseau, si ses cendres avaient pu reposer à tout jamais dans cette solitude; mais la Révolution, qu'il avait lui-même hâtée par ses écrits, s'avançait à grands pas, son nom allait retentir dans nos assemblées législatives, et sous quel sinistre patronage! Dès 1790, c'est Barrère, le futur membre du Comité de salut public, surnommé plus tard l'*Anacréon de la guillotine*, celui enfin qui allait s'applaudir de faire battre monnaie sur la place de la Révolution, c'est lui qui va s'occuper de J.-J. Rousseau. Dans la séance du 2 décembre, il demande la parole; c'est au nom de celle qu'on appelait alors emphatiquement la veuve de J.-J. Rousseau qu'il en appelle à ses collègues:

« Cette femme respectable, dit-il, est accusée d'avoir avili le nom du célèbre Rousseau dans les bras d'un second mari (*sic*). C'est dans le temple des lois, poursuit Barrère, qu'on doit venger la veuve du législateur de l'univers, trop longtemps calomniée.

« Elle ne voudrait pas, poursuit Barrère, changer son titre de veuve de J.-J. Rousseau contre une couronne, ce sont ses propres expressions, je les ai recueillies de sa bouche. Vous penserez sans doute qu'il convient que la veuve de ce grand homme soit nourrie aux frais du trésor public, elle ne veut accepter que la somme de 600 livres. »

Sur ce, Eymard de Forcalquier demande la parole et propose, comme amendement à la motion de Barrère, de porter cette pension à 1,200 livres, et de décréter une statue pour J.-J. Rousseau (1).

Ce décret, dit du 21 décembre, que Barrère a sali de son nom, fut acclamé de toutes parts; Ginguené l'exalte pompeusement dans le style de l'époque (2): « Le génie est vengé, s'écrie-t-il, la nation française est justifiée aux yeux de

(1) *Moniteur*, 22 décembre 1790.
(2) *Lettre sur les Confessions*, par Guinguené, Paris, 1791.

l'Europe ; elle a décerné une statue à l'auteur du *Contrat social* et décrété que sa veuve sera nourrie aux dépens de l'Etat. Cette récompense dans le style antique, ajoute Ginguené, est digne à la fois d'un peuple qui n'a plus rien à envier aux peuples anciens, puisqu'il est libre, et du grand homme qui ne fut persécuté par le despotisme que parce qu'il rappelait les hommes à cette antique liberté ! »

Ginguené ajoute que nos législateurs de 90, avant même de voter à J.-J. Rousseau des honneurs publics, avaient adopté ses principes. Mais nous allons voir bien autre chose en 1794 ; et d'abord, le grand prêtre de l'époque, celui qu'on a surnommé de nos jours le Socrate de la Révolution, Robespierre, se déclare l'humble disciple de J.-J. Rousseau. Lorsqu'on allait visiter cet austère législateur, on le trouvait sans cesse penché sur les œuvres de J.-J. Rousseau. Son ami, Joseph Lebon, ce sanguinaire proconsul d'Arras et de Cambrai, invite sa femme à lire et à méditer J.-J. Rousseau. « Lis les ouvrages de J.-J. Rousseau, lui dit-il, tu y trouveras plusieurs passages explicatifs de ma conduite et de mes sentiments (1). » Mensonge, affreux mensonge ! il n'y a pas une ligne dans Rousseau qui puisse justifier un seul acte de cet homme de sang. Mais ce n'est pas tout, un autre terroriste, Guffroy, ennemi personnel de Lebon, va revendiquer pour lui les principes de J.-J. Rousseau, et associer son nom à quels hommes ? « Je n'ai pas, dit-il, d'autres principes que ceux de J.-J. Rousseau, de Billaud-Varennes, de Saint-Just et de Robespierre (2). »

Arrive enfin la fameuse translation des cendres de Rousseau au Panthéon. Cette translation eut lieu le second décadi de vendémiaire au III. C'était Lakanal qui avait été chargé de faire le rapport à la Convention au nom du Comité d'instruction publique. Lu dans la séance du 29 fructidor et imprimé par ordre de la Convention, ce rapport fut envoyé aux départements, aux armées et à la république de Genève ; quelques jours après parut une relation des cérémonies *sublimes* observées, y est-il dit, à cette occasion.

On avait procédé à cette translation des cendres de J.-J. Rousseau vingt jours après celle des restes de Marat ; je ne sais quel accueil Marat fit à Rousseau, mais il parut alors une brochure, ayant pour titre : *Grande dispute au Panthéon entre Marat et J.-J. Rousseau.*

Les esprits s'étant enfin calmés, on s'est demandé d'où est venu cet enthousiasme ainsi infligé à J.-J. Rousseau par les hommes de cette époque.

D'où vient que les terroristes se sont plutôt tournés du côté de J.-J. Rousseau que du côté de Voltaire, qu'ils ont laissé tomber celui-ci avec les Girondins. A cela on a répondu, et avec raison, que dans ses ouvrages Rousseau a soutenu partout, et avec la même éloquence, le vrai et le faux, le juste et l'injuste, la raison et la déraison. A Dieu ne plaise que Lebon ait pu y trouver la justification de sa conduite et de ses sentiments. Mais, en fait de théories gouvernementales, jusqu'où Rousseau n'est-il pas allé ? Les socialistes de nos jours ne pourraient-ils pas invoquer ses principes ? N'est-il pas le père du socialisme, celui qui a écrit ces paroles :

« Le premier qui, ayant enclos un terrain, s'avisa de dire : *Ceci est à moi*, et trouva des gens assez simples pour le croire, est le vrai fondateur de la société civile. Que de crimes, de guerres, de meurtres, de misères et d'horreurs n'eût point épargnés au genre humain celui qui, arrachant ces pieux ou comblant ces fossés, eût crié à ses semblables : Gardez-vous d'écouter cet imposteur, vous êtes perdus si vous oubliez que les fruits sont à tous et que la terre n'est à personne. »

Qu'a donc fait autre chose que de traduire Rousseau, celui qui a dit : *La propriété, c'est le vol?*

Et celui qui franchit un fossé, qui arrache un pieu, qui brise une porte, fait-il autre chose que reprendre son bien, quand il met ainsi la main sur les fruits qui sont à tous ?

Mais je reviens à la dépouille mortelle de Rousseau, car tout n'était pas fini pour elle. J'exprimais tout à l'heure le regret qu'on n'ait laissé ses ossements reposer en paix dans la petite île des Peupliers ; on les avait déposés là dans le calme d'une belle nuit d'été, sans autre cortége, ai-je dit, que celui de quelques amis. Pourquoi faut-il que la même populace qui, la veille, assistait

(1) *Joseph Lebon dans sa vie publique et privée*, par Emile Lebon, son fils, p. 201 et 277, in-8°. Paris, 1860.

(2) *Histoire de Lebon.* Paris, t. II, p. 280.

aux sanglantes exécutions de l'époque, ait été fouiller cette tombe pour porter triomphalement ce qu'on appelait ses cendres au Panthéon, et cela pour les placer à côté de celles de Marat? Rousseau n'avait pas mérité

.... ni cet excès d'honneur, ni cette indignité.

Mais, je viens de le dire, tout n'était pas fini pour ces malheureux restes. Par un étrange retour des choses humaines, en 1814, c'est-à-dire vingt ans après, pendant une nuit du mois de mai, d'autres terroristes s'introduisent dans les caveaux du Panthéon, sans doute avec le consentement tacite de l'autorité, et viennent de nouveau s'attaquer à ce qui pouvait rester de ces dépouilles. Allant droit aux cercueils de Voltaire et de Rousseau, ils les brisent, et ils en retirent les ossements qu'ils contenaient; puis ils les réunissent pêle-mêle dans un sac de toile qu'ils avaient apporté. C'était, je viens de le dire, au milieu de la nuit; un fiacre les attendait derrière l'église; ils y placèrent ce qu'ils venaient ainsi d'enlever; le fiacre s'ébranle lentement; cinq ou six personnes le suivent. On arriva, dit la relation que je reproduis, vers deux heures du matin, par des rues détournées, à la barrière de la gare, vis-à-vis de Bercy; il y avait là un vaste terrain entouré d'une clôture de planches. Ce terrain appartenait alors à la ville de Paris.

Une ouverture profonde était préparée au milieu de ce terrain, vague et abandonné, où d'autres personnages attendaient l'arrivée de ce dernier et étrange convoi de Voltaire et de Rousseau.

On vide le sac rempli d'ossements sur un lit de chaux vive, puis on rejette la terre par-dessus, de manière à combler la fosse, sur laquelle piétinent en silence les auteurs de cette dernière inhumation. Ils remontent ensuite en voiture, aussi satisfaits d'avoir accompli cette mission que l'avaient été vingt ans auparavant ceux qui avaient déposé en grande pompe, et aux acclamations de tout un peuple, ces mêmes ossements au Panthéon. Pour les terroristes de 94, c'était un devoir patriotique et national; pour ces terroristes de 1814, c'était un devoir royaliste et chrétien (1).

En 94, on avait chanté des hymnes en l'honneur de Rousseau; en 1814, ces violateurs de tombeaux prononcèrent aussi leur oraison funèbre.

« Plût à Dieu, s'écria l'un d'eux, que je ne veux pas nommer, plût à Dieu qu'il nous eût été possible d'ensevelir à jamais, avec les restes de ces deux philosophes impies et révolutionnaires, leurs doctrines pernicieuses et leurs détestables ouvrages! »

Mais c'est là ce qui n'a pas plu à Dieu! Quelques misérables ont bien pu s'introduire dans les caveaux du Panthéon, en enlever de pauvres ossements, à l'insu de toute une population, protégés qu'ils étaient, comme des malfaiteurs, par les ombres de la nuit; comme en 1794, d'autres terroristes ont pu violer les tombeaux de Saint-Denis et jeter aux vents les cendres des rois. Mais, de même que ceux-ci n'ont pu effacer de la mémoire des hommes les hauts faits de tant de héros, de même les terroristes de 1814 n'ont pu enfouir les doctrines de Voltaire et les ouvrages de Rousseau; l'esprit ne s'enfouit pas. C'est le verbe qui se dégage et plane au-dessus de la matière, comme aux premiers jours du monde; demain il ne restera plus rien de ces apôtres d'ignorance, car ils n'étalent que poussière. Mais qu'importe, après tout, que les ossements de Voltaire et de Rousseau demeurent dans un pompeux édifice ou soient relégués dans un coin ignoré de Paris; leurs doctrines, vraies ou fausses, salutaires ou pernicieuses, n'en survivront pas moins, car elles ont formé les nouvelles générations et dominent ceux même qui les proscrivent.

Le choléra recommence à faire parler de lui. En France, il a éclaté à Nantes et à Amiens. Il est déjà en pleine période de décroissance, mais va-t-il s'arrêter?

Il sévit avec force sur la caravane qui revient de la Mecque, et malgré les précautions prises, il est à craindre qu'il n'envahisse bientôt, comme l'année dernière, tout le littoral de la Méditerranée.

On dit qu'il s'en est manifesté quelques cas dans les hôpitaux militaires de l'Allemagne, et que de la Perse il se dirige vers la Russie méridionale.

Enfin, quelques cas auraient été signalés à Londres. Jusqu'ici les hôpitaux de Paris n'ont reçu aucun cholérique.

(1) *L'Intermédiaire, journal des chercheurs*, etc., 15 février 1864.

Par décret en date du 10 juin, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :
MM. François, Suquet et Warion, médecins aides-majors de 1re classe.

A la suite du concours pour deux places de chirurgien du Bureau central, ont été nommés : MM. M. Sée et Ed. Cruveilhier.

Association générale. — Depuis la dernière assemblée générale de l'Association, tenue le 8 avril dernier, le Conseil général a eu à statuer sur un assez grand nombre de demandes de subsides faites par des sociétés locales, dont le fonds de secours était impuissant ou épuisé. Le Conseil général a voté sur toutes ces demandes et a accordé les subsides suivants :

Société locale de la Charente	400	francs.
— de l'Allier	600	—
— de l'arrondisssement de Melun	600	—
— de l'arrondissement de Vitry-le-François.	300	—
— de l'arrondissement de Senlis	300	—

Ces subsides sont destinés à compléter les secours que ces sociétés locales ont accordés à d'honorables infortunes confraternelles.

Depuis le 1er janvier dernier, la *Société centrale*, qui est, comme on le sait, la Société locale des médecins du département de la Seine et des médecins de l'armée et de la flotte, a distribué des secours pour une somme de près de 5,000 francs.

Dans la Société locale de l'arrondissement de Cherbourg, la veuve d'un honorable médecin de la flotte, mort avant d'avoir atteint le temps réglementaire de la retraite, sur les démarches du Conseil général, et surtout de son président, a obtenu un bureau de tabac d'un revenu annuel de 2,280 francs.

Le simple exposé de ces chiffres n'est-il pas un éloquent plaidoyer en faveur de cette institution ?

La *Société protectrice de l'enfance* s'est réunie en séance générale, le dimanche 10 juin, dans la salle de la Société zoologique d'acclimatation pour l'inauguration des conférences qui vont avoir lieu désormais à des intervalles plus ou moins rapprochés, selon les saisons.

Dans cette première assemblée, le secrétaire général, M. le docteur Alex. Mayer, a appelé l'intérêt de l'auditoire sur les fondations qui doivent être réalisées prochainement par les soins de la Société et sur les sujets divers mis à l'étude.

M. le docteur F. Barrier, président, dans une savante leçon fréquemment interrompue par les applaudissements, a exposé des considérations générales sur la physiologie de l'enfance et sur les maladies propres à cette période de la vie.

M. le docteur Blatin, l'un des vice-présidents, dans une chaleureuse allocution, a fait ressortir les dangers qui résultent pour la jeune mère du chagrin qu'elle éprouve à se séparer de son enfant quelques heures après sa naissance. Puis, en habile praticien, il a formulé de judicieux préceptes relatifs à l'alimentation du premier âge.

Enfin, M. l'abbé Chanteaume, vicaire de la paroisse de Ménilmontant, a vivement ému l'assemblée par une improvisation où il a présenté les avantages de la vie champêtre pour le développement de ces malheureux petits êtres, qui s'étiolent et meurent au milieu de l'air vicié des grandes villes.

Cet honorable ecclésiastique est le fondateur de l'*Œuvre des maisons de campagne*, qui a reçu déjà une première application au Rainey, près Paris.

Il s'agit de procurer aux enfants chétifs de la capitale, à des conditions accessibles au plus grand nombre, les ressources qui sont aujourd'hui le privilége exclusif de la fortune.

Cette institution, qui s'accorde parfaitement avec les vues de la Société protectrice de l'enfance, a obtenu de celle-ci le plus bienveillant accueil.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-DIXIÈME VOLUME.

A

D

E

U

V

Z

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-DIXIÈME.



PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.